This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
L261 .G95 1875
Etudes cliniques sur quelques tumeurs m
2450331 7451

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

QUELQUES TUMEURS MALIGNES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

ET PRINCIPALEMENT

SUR LE CANCER DE CET OS

« La thèse est un acte sérieux, le seul dont les traces soient durables dans le cours d'une scolarité; il suffit pour une bonne thèse de quelques observations bien recueillies, bien pesées, bien commentées. »

(COURTY, Éloge du prof. LALLEMAND, p. 10 et 11.)

PAR

Charles GUILLAUME,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux (Laon, Meaux),
Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

Avec deux planches gravées dessinées par le Dr Louis.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
Place de l'École-de-Médecine.

1875

L261
G95
1875

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

QUELQUES TUMEURS MALIGNES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

ET PRINCIPALEMENT

SUR LE CANCER DE CET OS

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

QUELQUES TUMEURS MALIGNES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

ET PRINCIPALEMENT

SUR LE CANCER DE CET OS

« La thèse est un acte sérieux, le seul dont les traces soient durables dans le cours d'une scolarité; il suffit pour une bonne thèse de quelques observations bien recueillies, bien pesées, bien commentées. »

(COURTY, Éloge du prof. LALLEMAND, p. 10 et 11.)

PAR

Charles GUILLAUME,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux (Laon, Meaux),
Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

Avec deux planches gravées dessinées par le Dr Lieux.

THE PROPERTY OF THE N.Y. HOSPITAL

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
Place de l'École-de-Médecine.

1875

LANE MEDICAL LIBRARY
13217
SAN FRANCISCO

LANE LIBRARY

LL01
G95
1875

A LA MÉMOIRE

DE MA GRAND'MÈRE

ET DE MON GRAND-PÈRE MOUSSY

Ancien notaire,
Ancien membre du Conseil général de la Haute-Marne.

A MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR A. GUILLAUME

Ancien chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire
de Joinville,
Ancien membre du Conseil général de la Haute-Marne.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection sans bornes.

A MON FRÈRE

Union inaltérable.

A MON ONCLE

CH. MOUSSY

Officier d'académie, etc., etc.,
Ex-chef de bataillon.

Guillaume

A M. LE MÉDECIN-INSPECTEUR DIDIOT

Directeur de l'École du Val-de-Grâce,
Officier de la Légion d'honneur,
Conseiller général de la Meuse.

A M. LE DOCTEUR CH. HARDY

Pour la bienveillante sollicitude dont il m'a entouré
pendant le cours de mes études

A MES MAÎTRES :

M. LE PROFESSEUR PAULET

Officier de la Légion d'honneur.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAVERAN

M. LE DOCTEUR HOUZELOT

Médecin en chef de l'hôpital de Meaux.

M. LE DOCTEUR VILPELLE

Chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR L. LEFORT

A MES AMIS

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

QUELQUES TUMEURS MALIGNES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

ET PRINCIPALEMENT

SUR LE CANCER DE CET OS

(AVEC DEUX PLANCHES GRAVÉES)

En choisissant pour sujet de ce travail une question aussi vaste et aussi discutée, nous ne nous dissimulons pas les difficultés que nous aurons à surmonter, et notre prétention ne s'étendra pas jusqu'à vouloir les trancher toutes. Aussi allons nous tout d'abord prévenir nos lecteurs du but que nous nous sommes proposé, et des motifs qui nous ont conduit à étudier ce sujet. Attaché depuis plusieurs années à un service de chirurgie, et appelé à pratiquer la chirurgie militaire, nous nous sommes plus particulièrement intéressé aux questions qui se rattachent à la médecine opératoire.

Nous avons choisi avec intention cette question difficile et complexe des tumeurs malignes de la mâchoire supérieure, parce que nous avons été à même d'en étudier un cas très-remarquable, *suivi de guérison.*

Cette observation que nous rapportons tout au long dans notre thèse, a été pour nous une occasion de faire des recherches dans les différents auteurs, et nous a conduit à comparer et étudier les différences qui existent entre le cancer de

l'os maxillaire supérieur, et celui des autres régions, non seulement au point de vue de la gravité, mais aussi, et nous insistons sur ce point, de sa curabilité plus fréquente.

Qu'il nous soit permis de donner ici un témoignage de profonde reconnaissance à M. le Dr Ch. Hardy, l'habile chirurgien que nous avons assisté dans l'opération qui nous a inspiré ce sujet, et qui nous a si gracieusement prodigué ses conseils aussi bienveillants qu'éclairés dans le cours de ce travail.

Nous adresserons également de sincères et respectueux remerciments à MM. les professeurs Paulet, de qui nous tenons notre seconde observation inédite, et Laveran, qui a bien voulu faire l'examen histologique de ces tumeurs.

CHAPITRE PREMIER.

TUMEURS MALIGNES

Sous la dénomination de *tumeurs malignes* de la mâchoire supérieure, nous comprendrons toutes les maladies qui sont susceptibles d'amener par leur développement un retentissement dans les ganglions de la région, et plus tard de se généraliser dans les viscères et produire cet état particulier que l'on nomme la Cachexie. Autrefois ces phénomènes étaient considérés comme des symptômes caractéristiques du cancer. Depuis que le microscope a été appliqué à l'étude anatomo-pathologique des tumeurs, les auteurs ont séparé des cancers proprement dits, un certain nombre de maladies qui, par l'arrangement ou la prédominance de certains éléments histologiques, présentaient des caractères spéciaux ; et auxquelles ils ont attribué une gravité moins grande.

C'est ainsi qu'on a décrit, comme des espèces particulières,

les sarcômes encéphaloïdes, et les sarcômes myéloïdes ou tumeurs à myéloplaxes, qui étaient autrefois confondus sous la dénomination d'ostéo-sarcôme, avec les carcinomes vrais dont ils offrent tous les caractères cliniques.

Mais, suivant MM. Eug. Nelaton, Robin, Lebert, etc., qui ont étudié spécialement ce stumeurs, elles seraient moins souvent suivies de généralisation et leur pronostic serait moins grave que celui du cancer.

Si ces tumeurs peuvent être reconnues à l'aide du microscope, il faut avouer que dans la plupart des cas, elles ont une marche et des symptômes identiques avec les vraies tumeurs cancéreuses. Nous rapportons plus loin une observation de M. le Dr Ch. Hardy, qui ne laisse aucun doute à cet égard. Chez ce malade, nous avons constaté tous les signes ordinaires du cancer : douleurs lancinantes, marche rapide et envahissante, antécédents, récidive de la tumeur, et cependant l'examen microscopique n'a pas révélé les caractères propres des tumeurs carcinomateuses, c'est-à-dire ces cellules à noyaux multiples dans un stroma fibreux, et les éléments fibro-plastiques. D'autre part on n'a rencontré dans cette tumeur qu'un petit nombre de cellules à myéloplaxes. A côté de cette observation, nous en rapportons une autre de M. Paulet, professeur au Val-de-Grâce, qui a offert les mêmes phénomènes et qui cependant en différait au point de vue histologique, puisqu'elle a été rangée parmi les cancers squirrheux.

Notre intention n'est pas d'établir une distinction entre ces diverses tumeurs malignes, nous serions, au contraire, porté à les confondre toutes au point de vue clinique et à démontrer qu'elles réclament les mêmes moyens thérapeutiques, et qu'elles présentent non-seulement des chances de guérison relatives, suivant que certains éléments anatomiques prédominent dans leur structure.

Ces généralités étant bien établies, nous allons donner les opinions des auteurs sur les affections dites carcinomateuses.

L'étude clinique du cancer est une des parties de la pathologie la plus difficile à circonscrire par des limites précises, malgré les travaux des anatomo-pathologistes ; en effet, tandis que sous le nom de carcinome, Fœrster, Rokitanski, Lebert, Broca, ont décrit des tumeurs histologiquement caractérisées par une texture spéciale, bien distincte de celles des épithéliomes, d'autres auteurs, tels que Billroth, Thiersch, Waldeyer, Lücke, Moore, Paget, Heurteaux, ont rangé parmi les carcinomes ou cancers vrais, les tumeurs épithéliales qui peuvent récidiver ou se généraliser de la même manière que les carcinomes. Et même une doctrine récente, qui compte de nombreux partisans, tend à établir un rapprochement plus intime encore entre le carcinome et les tumeurs dites cancers ou carcinomes épithéliaux. C'est ainsi que Virchow considère les carcinomes comme des tumeurs d'une texture alvéolaire, et dont les cellules contenues dans les alvéoles ont un caractère épithélial. Rindfleich appelle carcinomes les tumeurs caractérisées par un stroma conjonctif renfermant des cellules qui ont un caractère *épithélioïde*, Lücke, en montrant que Thiersch, Waldeyer, Billroth et Wirchow ne diffèrent de cette opinion commune que sur des questions d'histogénèse, conclut avec Waldeyer, que le carcinome est une tumeur épithéliale atypique, c'est-à-dire que les cellules du carcinome, présentant des caractères de cellules épithéliales, ne constituent pas les types normaux d'un tissu épithélial.

Il nous serait bien difficile de donner une idée précise sur le cancer (carcinome) ; nous entendons tous les jours émettre des opinions qui ne sont point définitivement établies.

Si l'on est encore mal renseigné sur sa nature, on peut au moins dire exactement ce qui ne rentre pas sous ce titre. Ne

pouvant mieux faire que les auteurs qui s'occupent spécialement d'anatomie pathologique, nous nous contenterons de donner ces caractères, et nous rappelerons les idées émises récemment sur sa nature.

Le cancer, dit Bouchut, est une néoplasie diathésique, caractérisée par le développement d'éléments cellulo-fibreux et vasculaires, détruisant les tissus au milieu desquels il se forme.

C'est le produit d'une maladie constitutionnelle, c'est-à-dire d'une diathèse ou d'un vice humoral inconnu, mais démontré par ses effets de transmission héréditaire, de reproduction après l'extirpation, d'apparition dans les lymphatiques voisins, de dissémination dans tous les viscères et d'infection générale amenant l'état cachectique.

D'après Cruveilhier, il y a quatre variétés de cancer : 1° le squirrhe, ou cancer dur ; 2° l'encéphaloïde ou cancer mou ; 3° le cancer épithélial, ou cancer fragile ; et 4° le cancer mélanique ou noir, cet auteur a émis ailleurs, et à tort, le cancer colloïde.

Pour Rokitanski, il y a : 1° un cancer fibreux ou squirrhe ; 2° un cancer médullaire ou encéphaloïde ; 3° un cancer épidermique ou épithélial ; 4° un cancer colloïde ; et 5° un cancer fasciculé, que nous appelons fibro-plastique. D'après M. Lebert, il y a six variétés de cancer, qui sont : 1° l'encéphaloïde, 2° le squirrhe, 3° le colloïde ou gélatiniforme ; 4° le cancer hématode ; 5° le cancer mélanique et 6° le cancer dendritique.

Mais la composition élémentaire de ces tissus est, à peu de chose près, la même ; le siége anatomique, dit Bouchut, ou la prédominance d'un élément anatomique sur l'autre engendrent ces modifications extérieures.

Pour M. Lebert, et quelques autres micrologues, le cancer est un produit morbide, dû à l'accumulation d'éléments nou-

veaux et spécifiques, qui seraient des cellules de forme spéciale au milieu d'une trame organique vasculaire.

Les tumeurs homœomorphes (épithéliomes, tumeurs fibroplastiques, chondromes, etc.), sont bénignes parce qu'elles reproduisent des éléments normaux ; les tumeurs hétéromorphes, constituées par des éléments étrangers à l'organisme, par la cellule cancéreuse, les cancers sont, au contraire, de mauvaise nature et végètent partout en envahissant et ruinant l'économie comme des parasites. Vogel, Virchow, Bennett, Delafond, Forster, Cornil (du cancer et de ses caractères anatomiques ; mémoires de l'Académie de Médecine de Paris, 1865-66, v. XXVII, p. 301), Bouchut, Robin, et un très-grand nombre de médecins qui n'acceptent pas cette doctrine exclusive, ces auteurs, disons-nous, repoussent la spécificité de la cellule cancéreuse, qu'ils considèrent comme transitoire et appartenant même à l'état normal, « elle est identiquement la même que celle de l'epithélium du bassinet et des calices du rein, et elle y ressemble à ce point, que les plus habiles histologistes ne sauraient l'en distinguer » (Bouchut, loc. cit.). Les auteurs du manuel d'histologie pathologique (Cornil et Ranvier), définissent ainsi ce néoplasme : « Le carcinome est une tumeur composée d'un stroma fibreux, limitant des alvéoles qui forment, par leurs communications, un système caverneux ; ces alvéoles sont remplies de cellules libres, les unes par rapport aux autres, dans un liquide plus ou moins abondant. »

Il y a un tissu pathologique, un néoplasme, constitué de la sorte. C'est à lui que répond aujourd'hui le nom de cancer, autrefois étendu aux sarcomes et aux myxomes.

Si l'on admet un groupe d'affections cancéreuses basées sur leur gravité et sur leurs *symptômes cliniques*, il faut les définir simplement par l'ensemble de leurs caractères cliniques ; on appellera *cancers* : « toutes les tumeurs qui désorganisent les

tissus où elles se développent, et auxquelles elles se substituent ; qui s'étendent au voisinage et par continuité et par dissémination ; qui récidivent après l'ablation ; qui ne cèdent à aucun traitement interne ou externe ; qui se généralisent, assez souvent, par des noyaux secondaires, développés dans différents organes et tissus, en commençant par les ganglions lymphatiques, voisins de la tumeur, et qui amènent constamment la mort. »

C'est cette dernière définition que nous adopterons, toutefois en retranchant le dernier membre de phrase, et nous nous efforcerons dans cette thèse de démontrer que certains cancers du maxillaire supérieur guérissent ; nous chercherons à expliquer pourquoi cette guérison est relativement fréquente, surtout si on le compare avec celui des autres régions. Nous ne saurions admettre la définition donnée par M. Bouchut, elle nous semble trop exclusive et laisse supposer que le cancer est toujours la manifestation d'une diathèse ou d'un état général, tandis qu'il semble résulter des observations que nous avons recueillies sur le cancer du maxillaire supérieur, que cette production morbide est tout d'abord une affection locale qui peut même exister longtemps sans donner lieu à des symptômes de généralisation ; à propos du pronostic, nous nous sommes étendu sur la marche de cette généralisation et sur les conditions anatomiques qui favorisent l'introduction du suc cancéreux dans l'organisme.

Historique. — Les tumeurs du maxillaire supérieur n'ont pas été décrites par les anciens auteurs.

C'est seulement vers 1755, époque à laquelle Bordenave publia son mémoire sur les affections du sinus maxillaire, que nous trouvons des observations un peu complètes sur les sarcômes et les cancers de cette région.

Morand rapporte l'observation d'une tumeur sarcomateuse du sinus, qui se transforme en cancer, et cause la mort du malade.

Doublet, en 1755, fit l'autopsie d'une demoiselle de 39 ans, morte d'une tumeur, qui occupait tout le sinus et se prolongeait jusqu'au dessous de l'arcade zygomatique, la portion palatine et le bord alvéolaire du maxillaire étaient intacts ; il n'y avait pas d'ulcère de la peau, la tumeur était un squirrhe.

Bordenave, dans un cas de sarcôme, trouve l'os maxillaire presque entièrement détruit et comme fondu par le ramollissement, il ne restait qu'une portion du bord alvéolaire.

Garengeot dit avoir guéri une dame qui portait, à la face, un sarcôme ulcéré, dans ce cas il eut recours d'abord à l'application de caustiques énergiques, puis au fer rouge. Il pense que beaucoup de ces tumeurs, même des cancers, peuvent être guéris par la cautérisation. Il recommande surtout d'employer le fer rouge et de cautériser souvent et profondément. Ce moyen lui a réussi chez un gentilhomme, affecté d'une tumeur de la mâchoire supérieure, qui avait détruit en grande partie les tissus de la face; il était obligé, chez ce malade, d'appliquer le cautère très-fréquemment pour détruire les végétations fongueuses qui se formaient dans la vaste anfractuosité de la face, ce traitement dura 18 mois. (M. de l'Ac. de ch.):

Dupuytren, qui le premier pratiqua la résection partielle du maxillaire, la fit pour un ostéo-sarcôme du bord alvéolaire.

M. Bérard dans son article : Sinus maxillaire (du dictionnaire en 30 volumes), parle de cancers de cette région et surtout de l'encéphaloïde, il conseille la résection complète de l'os, mais il veut qu'on s'abstienne dès que le cancer a envahi les parties voisines. Cette restriction d'Aug. Bérard tient à ce qu'à cette époque, l'opération de Gensoul était à peine connue, et que les chirurgiens hésitaient encore à la pratiquer.

Gensoul n'est cependant pas le premier chirurgien qui ait osé enlever le maxillaire supérieur en totalité ; Lizars, chirurgien de Londres, avant lui, avait pratiqué la résection complète de cet os. — Mais il faut reconnaître que le travail de Gensoul (lettre chirurgicale sur quelques maladies graves du sinus maxillaire) a certainement enhardi les chirurgiens français et que, sans cet auteur, bien des malades auraient été réputés incurables et comme autrefois privés des ressources de la médecine opératoire.

Depuis cette époque Velpeau, Dieffenbach, Nélaton, Guérin et tous les chirurgiens de notre époque ont pratiqué en la modifiant, la résection complète du maxillaire supérieur pour des tumeurs malignes de cet os. — Lorsque nous nous occuperons du traitement et de l'opération, nous signalerons les procédés et les méthodes qui leur sont dus.

Dans cet aperçu historique, nous avons seulement en vue de montrer que la question qui nous occupe est peu ancienne et que son étude doit être faite principalement d'après les travaux des auteurs modernes et les observations des chirurgiens de nos jours.— Parmi les travaux récents, nous citerons les observations de Lizars (*Lancet*, 1830) ; la lettre chirurgicale sur quelques maladies du sinus maxillaire de Gensoul (1833) ; Fergusson (Prov. med. a surg. journ. 1842) ; une observation de Lenoir (Gaz. hôp. 1852) ; une autre de Maisonneuve (Gaz. hôp. 1852) ; la thèse de Bertier de Montpellier 1872 ; l'article Maxillaire de M. Guyon (Dict. des sciences méd.). Nous pourrions multiplier ces citations si nous voulions parler de tous les chirurgiens modernes qui se sont occupés de ce sujet soit au point de vue histologique, soit au point de vue de la médecine opératoire, on trouvera leurs travaux indiqués à propos des articles anatomie pathologique et traitement.

Sarcomes. — On en connaît un grand nombre de variétés, nous nous bornerons à étudier les deux seules qui ont le plus de rapports avec le cancer par leur malignité et la tendance qu'elles ont à récidiver et à se généraliser. Ce sont les sarcomes fibreux ou encépholoïdes, et les sarcomes myéloïdes ou tumeurs à myéloplaxes :

1° *Les sarcomes fibreux* ou encéphoïdes décrits autrefois sous les noms de tumeurs fibro-plastiques, d'ostéo-sarcomes, et rangés dans l'espèce cancer, sont caractérisés anatomiquement par un tissu grisâtre, dur, quelquefois très-vasculaire et composé de petites cellules embryonnaires, de tissu fibreux, de cellules fibro-plastiques et de cellules à myéloplaxes qui y sont toujours en très-petit nombre ; leur marche est rapide, semblable à celle du cancer, ils peuvent acquérir aussi une valeur plus considérable.

Ils se développent dans le périoste, d'où le nom de sarcômes périphériques sous lequel ils ont été décrits par M. Guyon (Dict. des sciences médicales); ils ne sont jamais recouverts par une lamelle osseuse comme les tumeurs à myéloplaxes, mais on peut rencontrer dans leur masse des aiguilles osseuses, indice d'un travail particulier d'ossification du tissu morbide. — Wirchow a vu cette variété de sarcome se développer au-dessous du périoste qui lui forme une espèce d'enveloppe fibreuse ; — suivant cet auteur la tumeur conserverait un caractère de bénignité relative tant qu'elle resterait ainsi enkystée, mais dès que l'enveloppe périostique est détruite, elle ne diffère plus du cancer au point de vue clinique.

2° *Tumeurs à myéloplaxes.*—La deuxième variété de sarcôme, appelée sarcomes centraux parce qu'elle prend naissance dans le tissu même de l'os, constitue l'espèce de tumeur décrite sous le nom de tumeur à myéloplaxes, que l'on a rencontrée souvent sur

l'os maxillaire supérieur et qui offre avec les diverses variétés de cancer, plus d'analogie que toutes les autres. — La tumeur à myéloplaxes, tumeur fongueuse des os ou tumeur myéloïde de Malgaigne, tumeur fibreuse ou hématique de Velpeau ; tumeur fongueuse sanguine de Roux; fongus hématode de Dupuytren ; anévrysme des os etc., etc.

Etudiée par E. Nélaton qui en a fait le sujet d'un mémoire très-complet, elle fait dire à Malgaigne dans sa médecine opératoire : « E. Nélaton l'appelle tumeur à myéloplaxes, dénomination plus exacte peut-être, mais trop dure à l'oreille pour avoir grande chance d'être adoptée. »

Cette tumeur, que Denonvilliers a observée plusieurs fois, et dont M. Robin a fait l'étude histologique n'est pas encore, malgré ces travaux, complètement connue, et les chirurgiens ne sont pas d'accord sur sa véritable nature.

En effet, pendant que les uns, comme MM. Guyon, qui la classe dans les sarcômes, E. Nélaton, Malgaigne, Cornil etc., en font une tumeur spéciale, moins grave que le cancer, les autres lui refusent une place spéciale et la font rentrer dans la classe des tumeurs cancéreuses, dont elle ne serait à proprement parler qu'une variété, se basant sur les nombreux points de ressemblance qui existent entre elle et le cancer, au point de vue clinique s'entend : récidives après l'ablation, et, selon quelques uns, phénomènes d'intoxication générale.

Pour nous, nous n'osons nous ranger à cette dernière opinion lorsque M. E. Nélaton nous dit (Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeur *bénigne* des os, thèse inaugurale 1860) : « elles constituent des tumeurs osseuses, généralement désignées d'après ces apparences extérieures, sous les dénominations diverses de sarcome vasculaire, sarcome pulpeux médullaire, vasculaire, érectile, hématode, tumeur fongueuse sanguine, érectile ou anévrysmale des os, spina ventosa, ostéo-

sarcome etc.. ces tumeurs *ne méritent nullement* la qualification de cancéreuses qu'on leur applique souvent. »

Et Malgaigne (Médecine opératoire) qui dit « qu'elles peuvent bien *récidiver sur place*, mais qu'elles n'ont aucune tendance diathésique, et se séparent ainsi nettement des cancers. »

Et cependant, la tumeur à myéloplaxes présente au microscope certains éléments du cancer proprement dit, et n'en diffère que par la présence en plus ou moins grande quantité des éléments constitutifs de la moelle des os.

Mais cette différence est-elle bien suffisante pour en faire une espèce toute spéciale? Non, puisqu'il est démontré aujourd'hui que les myéloplaxes existent non-seulement dans tous les cancers des os (en nombre plus ou moins grand), mais aussi dans les tumeurs encéphaloïdes des autres tissus. Enfin il est également démontré que la tumeur à myéloplaxes, récidive très-fréquemment (observ. Hardy), ce qui, avec la généralisation, est le caractère propre du cancer.

Bouchut dit (Path. gén., art. myéloplaxes) que « dans quelques cas, les myéloplaxes peuvent se multiplier, s'accumuler dans la profondeur de l'os, à sa surface et sous le périoste, de manière à former des *tumeurs* qu'on *rattache au cancer.* » Et plus loin : « Les tumeurs à myéloplaxes n'ont aucune tendance à rester stationnaires et encore moins à rétrograder, soit spontanément, soit sous l'influence d'un agent thérapeutique quelconque. »

Et Cornil, tout en en faisant une espèce du genre sarcome (Dic. encycl., art. Cancer.) « Relativement au groupe des tumeurs que Lebert appelait fibro-plastiques, à celles que Robin avait séparées sous le nom de tumeurs à médullocelles et à myéloplaxes qui se conduisent *souvent en clinique comme le plus grave des carcinomes, et qui peuvent* SE GÉNÉRALISER !... »

Nous laisserons donc de côté cette distinction, sans utilité pour notre sujet, qui doit en effet traiter simplement des tumeurs malignes du maxillaire supérieur, au point de vue clinique, ne l'oublions pas.

Or, le pronostic, c'est-à-dire la détermination du caractère de bénignité ou de malignité de la tumeur est le point spécial en pratique, et c'est celui qui est le mieux éclairé par les recherches dont nous résumons en ce moment les résultats.

Dans l'observation de M. Hardy, l'examen microscopique a démontré l'existence dans la tumeur, des éléments constitutifs du sarcôme myéloïde et cependant la marche de la maladie et les antécédents du malade ne paraissent laisser aucun doute sur sa véritable nature cancéreuse.

Cancer. — On a observé à la mâchoire supérieure à peu près toutes les variétés du cancer des os : l'encéphaloïde, le cancroïde, qui est très-commun sur l'os maxillaire supérieur, tandis qu'il est contesté sur les autres os.

Nous ne ferons pas l'étude détaillée de toutes ces tumeurs, le sujet que nous traitons est trop vaste pour que nous puissions nous engager dans la moindre digression; nous nous bornerons à quelques notions sur les plus fréquentes en insistant sur ce qu'elles ont de spécial au maxillaire.

Nous diviserons les cancers de la mâchoire supérieure en deux classes : les cancers primitifs, c'est-à-dire ceux qui ont pris naissance dans le tissu osseux proprement dit, dans le périoste ou dans le sinus maxillaire qu'on peut considérer *comme une espèce de canal médullaire*, et en cancers secondaires ou consécutifs, qui, développés dans les fosses nasales, sur la peau de la joue ou dans la cavité buccale ailleurs que sur l'os, s'étendent par envahissement et de proche en proche jusqu'à l'os maxillaire, qu'ils finissent par détruire à son tour; tels

sont les différentes espèces de cancroïdes de la face et du nez, cette classe de cancers ne doit pas nous occuper, elle réclame une thérapeutique toute différente et ce serait nous éloigner de notre sujet qui est surtout la résection du maxillaire, que de vouloir les faire rentrer dans notre travail.

Nous n'aurons donc en vue que les cancers primitifs de l'os maxillaire supérieur ou du sinus. — Ils présentent un certain nombre de variétés. Tous les auteurs s'accordent à considérer le cancer médullaire ou encéphaloïde comme le plus fréquent, vient ensuite le cancroïde ou épithéliome. — Le carcinome mélanique ne serait pas rare, suivant O. Weber et Cruveilhier ; enfin le squirrhe ou carcinome fibreux serait peu fréquent ; dans les observations que nous avons rapportées, celle de M. Paulet serait une tumeur de cette dernière espèce. Peut-être le squirrhe est-il beaucoup moins rare qu'on ne pense, et un grand nombre d'observations d'ostéo-sarcomes rapportées par les auteurs pourraient aussi bien être attribuées à des carcinomes fibreux, surtout celles dans lesquelles on a observé des récidives et la généralisation de la maladie.

Le cancer se développe dans le tissu spongieux de l'os ; et ordinairement dans la portion qui répond au bord alvéolaire. Souvent il a pour point de départ le périoste ; on a prétendu, mais sans que cela soit prouvé anatomiquement qu'il pouvait débuter par les ramifications nerveuses (Delpech) nous reviendrons sur ce sujet à propos des déductions anatomiques que nous tirerons de nos observations.

Enfin le cancer débute souvent dans le sinus maxillaire soit par la muqueuse, soit par le tissu fibreux qui la double. — On a cherché à établir une différence entre le carcinome de l'os proprement dit et celui du sinus maxillaire, cette distinction est presque impossible sur le vivant et souvent même très-difficile la pièce en main ; on comprend du reste que cette

maladie, dont la marche est rapide et essentiellement envahissante, reste bien peu de temps limitée à son point d'origine et que le cancer primitivement développé dans le sinus détruise les parois osseuses si minces de cette cavité, au point de rendre impossible le diagnostic de son origine ; et réciproquement que le cancer de l'osou du périoste, se propage vite du côté de l'antre d'Hygmore, au point de le remplir et de faire croire à une tumeur de cette cavité. Dans toutes nos observations, on n'a pu préciser exactement par quel tissu la production morbide a commencé. Dans celle de M. Hardy, la tumeur était développée au devant de l'os maxillaire, la paroi osseuse du sinus était détruite ; la cavité de l'antre d'Hyghmore libre, et la muqueuse intacte ; il est permis de supposer qu'après avoir commencé par le périoste elle avait ensuite détruit la lamelle osseuse qui forme la face antéro-externe du sinus.

Dans celle de M. Paulet au contraire, la tumeur s'est montrée à la fois du côté de la cavité et du côté de la joue, il est impossible de savoir par où elle a débuté. Il est certain toutefois que le cancer, surtout l'épithéliome, reste limité pendant un certain temps à la muqueuse du sinus.

Nélaton a opéré un malade qui présentait cette particularité. Le sinus était le siége d'une ulcération profonde, sa muqueuse était hypertrophiée et la cavité très-dilatée ; c'est à la suite de l'incision de la paroi externe du sinus qu'on a pu s'assurer de sa véritable nature, l'opération a été pratiquée avec succès, mais l'observation n'a pas été publiée ; nous en devons les détails à un élève de M. Nélaton.

Le cancer encéphaloïde est la variété la plus commune, celle aussi qui est la plus grave, à cause de sa marche rapide et envahissante. Il peut se développer sur tous les points du maxillaire supérieur : il débute assez fréquemment par le sinus, il peut commencer par la voûte palatine ou par le bord alvéolaire.

Mais c'est ordinairement par la face antérieure de l'os au niveau de la fosse canine, qu'il se montre le plus souvent. Quel que soit son point d'origine, il détruit rapidement les parties sur lesquelles il a pris naissance, et, dès le début, se propage, soit du côté de l'antre d'Hyghmore, soit du côté de la joue; toutes les parties envahies sont transformées en une masse cancéreuse plus ou moins volumineuse, qui proémine tantôt du côté de la face, ou de la voûte palatine ; tantôt du côté de la cavité de l'orbite suivant le point de départ, et qui peut pénétrer à la fois dans ces diverses cavités.

Cette production morbide abandonnée à elle-même n'est arrêtée par aucun tissu, elle les détruit tous et peut s'étendre ainsi de proche en proche jusqu'aux os de la base du crâne, remplir les fosses nasales et gagner l'os maxillaire du côté opposé, ce qui a lieu surtout lorsque le cancer a commencé par la voûte palatine. — Dans un cas semblable, M. Parise n'a pas hésité à pratiquer l'ablation des deux maxillaires. — L'os malaire est quelquefois envahi. — M. Dubrueil, dans sa médecine opératoire, en rapporte un exemple ; l'opérateur dut enlever cet os en même temps que le maxillaire supérieur.

Dans certains cas où la tumeur s'est développée du côté de l'orbite, elle comprime le globe oculaire et, comme dans une observation de Bertier, détruit cet organe. La tumeur présente les mêmes caractères anamo-pathologiques que les carcinomes médullaires en général : tissu mou, blanchâtre, rappelant la forme du tissu du cerveau, avec des noyaux plus ou moins durs, suivant leur ancienneté.

Les parties constituantes de l'os ont disparu au milieu du tissu morbide : quelquefois on retrouve au milieu de sa masse des esquilles osseuses séparées du reste de l'os, comme dans l'observ. n° 2. — Le nerf maxillaire supérieur est quelquefois intact au milieu du tissu morbide, mais ses branches termi-

nales sont détruites. — Le cancer est le siége d'une vascularisation très-considérable qui s'étend à toute la région.

Dans l'observation du Dr Ch. Hardy, la tumeur contenait quelques foyers hémorrhagiques remplis de caillots du volume d'une noisette. Cette tumeur offrait une disposition qui n'est pas signalée dans les auteurs; elle était recouverte d'une couche assez épaisse de tissu fibreux, qui lui formait une espèce de coque et qui envoyait dans son épaisseur des prolongements ou espèces de cloisons qui lui donnaient l'aspect lobulé. Cette couche fibreuse, plus épaisse au niveau du bord orbitaire, semblait se confondre avec le périoste, devenait très-mince sur la face antérieure de la tumeur, et manquait complètement sur sa partie inférieure.

Sur cette pièce, le tissu spongieux de l'os était plus vasculaire, ses aréoles plus larges et comme infiltrées de liquide; l'os tout entier était plus friable. Ces carcinomes donnent quelquefois lieu à des engorgements ganglionnaires, nous disons *quelquefois*, car l'adénite cancéreuse est plus rare ici que dans les cancers des autres régions; elle ne survient qu'à une époque déjà avancée, c'est-à-dire lorsque la dégénérescence envahit la peau de la joue, et qu'il s'est formé une ulcération. Cette tendance moins grande à la propagation du suc cancéreux dans les ganglions, est due à l'absence presque complète de vaisseaux lymphatiques profonds. Ce n'est qu'après l'envahissement des parties molles de la joue, et surtout de la peau, qu'on voit apparaître les engorgements ganglionnaires, parotidiens ou sous-maxillaires. Nous insistons sur cette disposition, parce qu'elle nous servira à expliquer la bénignité relative du carcinome de la mâchoire supérieure comparé à celui des autres organes, et à expliquer les succès de la résection.

Epitheliomes. — D'après Wolkman, le cancroïde est la forme

la plus rare du cancer des os. Le maxillaire supérieur en est cependant assez souvent atteint; mais il faut l'avouer, il est bien difficile, avec les observations que nous possédons, de dire si la dégénérescence a commencé par le tissu osseux proprement dit; il est plus ordinaire de voir l'os envahi secondairement. L'épithéliome a été observé dans le sinus maxillaire, nous en citons une observation; il peut débuter aussi par la muqueuse buccale ou par le périoste. M. Magitot, dans son mémoire sur les tumeurs dentaires, cite une variété de fongus épithélial qui se produirait primitivement sur le périoste alvéolo-dentaire, formerait une petite tumeur adhérente à la racine de la dent et suivrait celle-ci lors de son extraction. On comprend que cette tumeur, abandonnée à elle-même, puisse s'étendre à tout le bord gengival et devenir le point de départ de ces cancroïdes que l'on observe sur le bord alvéolaire. Quelle que soit l'origine du cancer épithélial, il envahit peu à peu le tissu osseux qu'il détruit complètement et donne lieu à des désordres considérables qui réclament les mêmes opérations que l'encéphaloïde. Je signalerai pour mémoire les tumeurs mélaniques observées par O. Weber et par Bennet, et la tumeur colloïde de Stanlet et Muller, observée chez un garçon de 14 ans, tumeur qui occupait une partie de la face, et que Stanlet a vue se propager dans les ganglions et se généraliser dans les viscères.

Etiologie. — L'obscurité la plus complète règne sur les causes du cancer de la mâchoire supérieure; l'hérédité paraît jouer le plus grand rôle dans cette affection. Chez le malade que nous avons observé, elle n'était pas douteuse; son père et un de ses frères avaient succombé, l'un à un cancer de l'estomac, l'autre à un cancer de la langue. L'âge a aussi une certaine influence, c'est en général sur des sujets jeunes qu'on l'a observé, nous avons cité le malade de Stanlet âgé de 14 ans. O. Weber

l'a rencontré sur un enfantde 11 ans. Notre malade était âgé de 32 ans; celui de M. Paulet de 24 ans.

Dans deux de nos observations, on a attribué leur dévellopement à des violences extérieures. Chez les enfants, l'évolution des dents de la seconde dentition ne serait pas étrangère à la production du cancer.

D'après la statistique de nos observations l'encéphalôme serait plus fréquent du côté gauche (5 fois sur 6 observations). Le cancer mélanique a été aussi noté plus souvent au maxillaire gauche.

Quant au cancroïde, pour celui qui débute par la voûte palatine ou par le bord alvéolaire, c'est encore du côté gauche qu'on le rencontre plus souvent. Mais, lorsqu'il s'agit de tumeurs cancéreuses (épithéliome ou cancroïde) développées dans le sinus maxillaire c'est celui du côté droit qui a été noté le plus fréquemment.

Nous signalons ce fait sans pouvoir lui donner une explication anatomique, mais il nous a paru intéressant au point de vue du diagnostic.

Symptômes et diagnostic. — Les tumeurs malignes de la mâchoire supérieure ont entre elles, à leur origine, un grand nombre de symptômes communs et peuvent être confondues avec les autres affections si nombreuses de l'os ou du sinus maxillaire. Nous allons d'abord étudier ceux de la tumeur cancéreuse qui est notre principal objectif et que nous prendrons pour type des tumeurs malignes. Qu'il commence sous forme de tumeur ou d'ulcère, le cancer n'a aucun signe caractéristique à son début. L'encéphaloïde reste à l'état de tumeur jusqu'à sa période ultime; l'épithélioma s'ulcère rapidement, et c'est ordinairement sous cette forme ulcéreuse qu'on est appelé à le diagnostiquer. Nous allons donner tout de suite les caractères

distinctifs de cette ulcération, pour nous attacher plus longuement aux symptômes et au diagnostic de la tumeur cancéreuse proprement dite.

Le cancroïde commence par une tuméfaction limitée sur un point de la muqueuse, quelquefois si petite, qu'elle a été comparée à une verrue. La muqueuse est violacée ou brunâtre, quelquefois noire dans ce point. Les tissus voisins s'engorgent rapidement, deviennent durs et ne tardent pas à s'ulcérer ; la plaie présente immédiatement une forme irrégulière, un aspect fongueux, et laisse s'écouler une humeur séro-sanguinolente d'une odeur fétide. La marche de cette ulcération est variable ; quelquefois lente, d'autres fois très-rapide, mais toujours continue et envahissante, elle détruit tous les tissus qui l'environnent sans exception ; elle est peu douloureuse et n'est pas toujours le siége de ces douleurs laucinantes caractéristiques du cancer encéphaloïde. Lorsqu'elle débute par la voûte palatine, on pourrait la confondre très-facilement avec une gomme syphilitique ulcérée ; les symptômes sont les mêmes, et ce n'est qu'après avoir administré sans résultat le traitement mercuriel et l'iodure de potassium qu'on pourra poser avec certitude le diagnostic. La marche du cancroïde est plus rapide, il envahit le maxillaire qu'il détruit sans en laisser de traces ; l'ulcère syphilitique reste assez longtemps stationnaire et, s'il arrive jusqu'à l'os, il le détruit rarement, il le dénude et amène la nécrose.

L'épithélioma qui commence par le bord gengival se montre également sous forme d'ulcération qu'on peut confondre avec un ulcère simple produit par une dent malade ou une nécrose du bord alvéolaire ; dans ce cas, l'ablation de la dent et l'exploration de la plaie avec le stylet ne laisseraient pas longtemps le diagnostic douteux. Plus souvent, il se manifeste sous forme d'une tumeur fongueuse, rougeâtre, espèce de végétation saignante qui recouvre les gencives : c'est la forme qui a été dé-

crite sous le nom d'épulis. On peut la confondre avec l'hypertrophie simple des gencives; mais, là encore, le diagnostic est facile. L'épulis cancéreux gagne promptement le périoste alvéolo-dentaire, et les dents deviennent douloureuses et branlantes, sans qu'on puisse expliquer ces symptômes par la carie de ces organes.

Cette variété de tumeur épithéliale a une marche assez rapide; il n'est pas rare, si elle est abandonnée à elle-même, de la voir remplir tout le sillon qui sépare la joue de l'arcade dentaire et amener la chute de toutes les dents correspondantes.

C'est aussi au bord alvéolaire du maxillaire supérieur qu'on observe le plus souvent les tumeurs à myéloplaxes. On les reconnaîtra à leur volume plus considérable, à leur mollesse et à leur coloration rouge foncée caractéristique.

La tumeur cancéreuse (encéphaloïde, squirrhe, mélanome, etc.), présente deux phases ou périodes d'évolution bien distinctes : 1° Période d'accroissement ou d'hésitation, pendant laquelle elle offre des caractères qui sont communs avec toutes les autres tumeurs du maxillaire supérieur; 2° période d'envahissement et d'ulcération où les signes caractéristiques du carcinôme deviennent manifestes.

Quel que soit le point d'origine de la maladie, elle donne lieu à des signes physiques et à des troubles fonctionnels qui sont ceux de toutes les autres tumeurs de la région. Généralement le cancer débute par une légère tuméfaction au niveau de la fosse canine, profondément située sous la peau de la joue qui est saine, sans changement de coloration, et mobile à sa surface. Cette tumeur est dure, peu douloureuse au toucher; à mesure qu'elle augmente de volume, elle devient le siége de douleurs qui offrent un caractère spécial. Les unes sont périodiques et durent plusieurs heures pour cesser complètement et

revenir à peu près à heure fixe; elles irradient suivant le trajet des nerfs de la face; ce sont de véritables névralgies. Chez lemalade que nous avons observé, ces douleurs se sont manifestées un mois après le début de la maladie et ont pris tout de suite le caractère nocturne; leur intensité était telle que le sommeil était devenu impossible. Ces névralgies du cancer sont produites soit par la compression des branches terminales du nerf dentaire supérieur, soit par leur dégénérescence, comme le pensait Delpech; elles ont pour caractère distinctif des névralgies ordinaires, de résister à l'action du sulfate ce quinine, même à haute dose; elles cèdent momentanément aux opiacés et surtout aux injections de morphine. On les rencontre dans presque toutes les tumeurs malignes.

Dans l'intervalle des crises névralgiques, le malade ne goutte pas un calme complet, il est tourmenté par d'autres douleurs; plus passagères, mais plus aiguës, plus lancinantes, qui siégent dans la tumeur elle-même. Ce sont les véritables douleurs caractéristiques du cancer. On les a comparées à des coups d'aiguille, à une secousse électrique; elles sont instantanées, mais se reproduisent fréquemment et arrachent quelquefois des cris au malade.

A cette époque, si on palpe la tumeur, on la trouve dure, élastique, peu sensible à la pression. on n'y remarque que très-rarement cette sensation de crépitation osseuse qui indique la dilatation de la paroi du sinus. A mesure que le cancer augmente de volume, et suivant qu'il se développe du côté des fosses nasales, de l'orbite ou de la cavité buccale, on observe des troubles fonctionnels variables: l'obstruction de la narine correspondante, l'exorbitisme ou la gêne de la déglutition et de la parole. Dans d'autres cas, les dents sont ébranlées et tombent sans être cariées; c'est ce qui arrive quand le cancer a envahi le bord alvéolaire.

A la seconde période, la tumeur fait des progrès considérables et tranforme tous les tissus qui la recouvrent en tissus cancéreux. Cet envahissement est précédé de poussées inflammatoires et d'une espèce d'infiltration ou d'une sorte d'empâtement spécial, indice de la dégénérescence prochaine de ces tissus.

Si la tumeur se développe du côté de la joue, comme chez notre malade, la peau prend une teinte violacée et un aspect luisant tout particulier; il survient de l'œdème qui envahit tout le côté correspondant de la figure, gagne les paupières et donne au malade un aspect hideux.

Les inflammations périodiques que nous avons signalées autour de la tumeur étaient fréquentes chez notre malade et prenaient le caractère du phlegmon; il est survenu chez lui plusieurs abcès qui se sont ouverts et fermés spontanément, et une tumeur lacrymale qui s'est terminée par une fistule, laquelle ne s'est fermée que trois mois après l'opération. Lorsque les poussées inflammatoires sont passées, on peut constater une augmentation dans le volume de la tumeur, qui devient bosselée et irrégulière et présente une dureté inégale, indice des progrès de la dégénérescence.

Malgré tous ces désordres, le malade conserve quelquefois l'appétit, et son état général reste satisfaisant; c'est qu'en effet, jusque-là le cancer est resté une maladie locale qui n'a pas encore amené de troubles dans l'organisme. L'opération est possible et le succès est probable. Mais il faut se hâter, car les accidents vont marcher avec une rapidité effrayante. La peau devient plus foncée au niveau des bosselures que nous avons signalées; elle contracte des adhérences avec la tumeur, et on peut déjà, dans certains points, trouver une espèce de fluctuation, indice du ramollissement du cancer et prélude de l'ulcération.

Lorsque le carcinôme est ulcéré, une sécrétion ichoreuse sort

de la plaie qui répand une odeur fétide caractéristique. Les tissus mortifiés tombent peu à peu, et leur chute amène des hémorrhagies souvent très-abondantes qui épuisent le malade.

Si ces phénomènes se passent du côté de la voûte palatiné, les produits de la plaie sont versés sans cesse dans la bouche et digérés avec les aliments. Il en résulte du côté des voies digestives des troubles qui contribuent à leur tour à altérer profondément la santé.

C'est au commencement de cette période d'ulcération du cancer, qu'on voit la maladie gagner les ganglions parotidiens et sous-maxillaires; rarement l'adénite symptomatique commence avant que la peau soit ulcérée. — C'est un fait spécial au cancer de la mâchoire supérieure, nous en avons déjà donné la raison anatomique.

Enfin, comme dans toutes les affections de même nature qui sont abandonnées à elles-mêmes, le cancer peut se généraliser. On observe alors tous les signes de la cachexie cancéreuse.

Diagnostic de la tumeur cancéreuse. — Nous avons dit qu'à son début, la tumeur cancéreuse ne présente aucun caractère propre, qu'on pouvait la confondre avec toutes les tumeurs bénignes de la région, abcès, phlegmons, périostite, nécrose, kystes ou hydropisie du sinus maxillaire. Mais, le doute ne peut pas être de longue durée, les abcès, les phlegmons, la périostite, etc., donnent lieu à des tumeurs qui s'accompagnent de réaction inflammatoire plus ou moins vive, qui ne s'observe jamais dans le cancer qui débute.

Les kystes et les hydropisies du sinus qui sont des maladies apyrétiques, forment des tumeurs régulières qui se développent sous les téguments de la face, en dilatant la paroi externe du sinus et qui donnent au toucher cette sensation caractéristique

de crépitation produite par la lamelle osseuse, dilatée et amincie.

En cas de doute, la ponction serait le plus sûr moyen de diagnostic, elle donnerait issue au liquide et ferait disparaître la tumeur.

Chez notre malade, la tumeur avait été prise tout d'abord pour un kyste, ou un abcès du sinus, la ponction, donna en effet lieu à un écoulement de liquide qui ne modifia pas le volume de la tumeur ; cette circonstance laissa pendant un certain temps un doute dans l'esprit du chirurgien. A aucune époque, on n'a observé la crépitation parcheminée dont nous avons parlé.

Lorsque le cancer a commencé par l'apophyse palatine, il donne lieu à une tuméfaction plus ou moins circonscrite de cette région qui pourrait à la rigueur faire croire à une gomme syphilitique, à une exostose commençante, à une tumeur sanguine assez fréquentes dans cette région ou à une de ces tumeurs adénoïdes décrites par Fano. (Thèse de concours.)

L'erreur serait difficile ou de peu de durée. La tumeur gommeuse, qui est celle qu'on pourrait le plus facilement confondre avec le cancer, parce quelle s'ulcère vite et qu'elle offre une consistance à peu près semblable à celle de l'encéphaloïde, disparaît sous l'influence du traitement mercuriel ou de l'iodure de potasium, qu'on devra toujours administrer lorsqu'il y aura doute.

La tumeur érectile est molle et réductible, c'est un signe suffisant pour la faire reconnaître.

L'exostose palatine est plus dure que le cancer; elle est mieux circonscrite, la muqueuse qui la recouvre n'est pas modifiée dans la structure; elle est tendue, mais non adhérente; au contraire dans le cancer, cette membrane contracte de bonne heure des adhérences avec la tumeur et s'ulcère promp-

tement, de plus la tumeur cancéreuse est le siége de douleurs qu'on n'observe pas dans l'exostose. Si le cancer occupe le bord alvéolaire, il peut en imposer pour un épulis simple ou hypertrophie du tissu gengival; il peut être pris pour une ulcération simple ou une nécrose du bord alvéolaire, une tumeur à myéloplaxes.

L'ulcère simple est produit par le frottement d'une dent cariée sur la muqueuse; nous en avons observé un cas chez un vieillard, qui n'avait plus de dents à la mâchoire supérieure, et chez lequel une dent aiguë longue et déviée de la mâchoire inférieure, venait sans cesse irriter la muqueuse du bord alvéolaire supérieur. Un examen attentif, suivi de l'extraction de la dent soupçonnée, feront cesser les doutes.

La tumeur cancéreuse ébranle les dents, les fait tomber rapidement, elle est fongueuse et saigne facilement, elle occupe le sillon qui sépare la joue du bord alvéolaire, qu'elle remplit quelquefois au point de faire saillie extérieurement. Jamais l'épulis par hypertophie n'arrive à ce degré ; de plus, il est compatible avec l'intégrité des dents.

La tumeur à méyloplaxes est plus difficile à différencier; elle offre à peu près les mêmes symptômes que le carcinôme mais en général, elle est plus molle et d'un rouge plus foncé; elle est quelquefois crépitante.

2e *Période du cancer.* — Tumeur plus ou moins volumineuse, faisant saillie dans différentes directions, ordinairement du côté de la joue.

Le signe caractéristique de cette tumeur, c'est la douleur lancinante.

Le cancer peut, à cette époque, être confondu avec un grand nombre de tumeurs, avec les polypes du sinus maxillaire, les exostoses, l'enchondrôme, les diverses variétés de sarcômes et

la tumeur à myéloplaxes. Les signes différentiels, ne pourront être tirés que des symptômes suivants : la douleur, la consistance, la forme, la marche comparatives des diverses maladies. — Souvent même ces caractères, n'offrent que des nuances difficiles à apprécier surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne.

L'adénopathie consécutive et la récidive ne sont même pas, dans le cas qui nous occupe, des preuves évidentes de la nature cancéreuse de la maladie.

Douleur. — C'est l'élément qui domine dans toutes les tumeurs de cette région; nous avons dit qu'elle apparaissait avec deux caractères spéciaux. Les douleurs névralgiques, dues à la compression des filets du nerf maxillaire supérieur, sont communes à toutes les variétés de tumeurs, depuis l'exostase jusqu'au cancer encéphaloïde ; et les douleurs lancinantes comparées par les malades à des coups d'aiguille, à une secousse électrique, sont spontanées, rapides, et se reproduisent à tout moment; elles sont caractéristiques du cancer. On ne les a notées que très-exceptionnellement dans les sarcômes et dans la tumeur à myéloplaxes.

Consistance. — Elle a quelque valeur au point de vue du diagnostic. Si elle ne prouve rien à propos du cancer, elle permet au moins de caractériser certaines tumeurs et de les distinguer du carcinôme. La dureté osseuse, égale sur toute la surface d'une tumeur, appartient à l'exostose. La consistance inégale, cartilagineuse et osseuse, est le propre de l'enchondrôme.

La consistance fibreuse, élastique, appartient aux sarcômes et aux cancers.

La crépitation osseuse, dont nous avons déjà parlé, se rencontre dans certains sarcômes enkystés et dans les tumeurs myéloïdes, presque jamais dans le cancer.

La mollesse de la tumeur et la fausse fluctuation de certaines bosselures se rencontrent également dans les sarcômes et dans les cancers arrivés à leur dernière période de développement.

Forme. — La forme arrondie, ou hémisphérique, est commune à toutes les variétés de tumeurs qui commencent à se développer; plus tard, elle peut se modifier, suivant la résistance que les tissus ambiants offrent à leur accroissement. Celles qui sont de nature bénigne gardent plus longtemps leur forme primitive.

Les chondrômes sont irréguliers, mais non adhérents à la peau, même quand ils sont très-volumineux. Les sarcômes resteut aussi très-longtemps faciles à bien circonscrire. Il n'en est pas de même du cancer; en augmentent de volume, il devient bosselé et contracte rapidemant des adhérences avec les tissus ambiants, qui sont eux-mêmes infiltrés, et il devient impossible par la palpation, de bien isoler la tumeur des parties qui l'entourent.

Marche. — Lente dans les tumeurs bénignes, exostoses, chondrômes, tumeurs fibreuses, plus rapide dans les sarcômes et la tumeur à myéloplaxes, plus rapide encore et essentiellement envahissante dans le cancer.

Volume. — Variable en général; les sarcômes peuvent acquérir un développement plus considérable que le cancer, qui s'ulcère aussi plus rapidement. Cette ulcération est caractéristique dans le cancer encéphaloïde, elle est fongueuse, irrégu-

lière et donne lieu à des hémorrhagies fréquentes, souvent très-abondantes, la secrétion est un liquide sanguinolent d'une odeur fétide.

Adénite. — Nous avons déjà dit que le cancer de la mâchoire supérieure, contrairement à ce qu'on observe dans les autres régions, n'avait pas toujours de retentissement dans les ganglions, nous avons expliqué pourquoi ce phénomène si caractéristique des affections cancéreuses, en général s'observait plus tardivement dans le carcinôme du maxillaire supérieur. Lorsqu'il existe, il donne de grandes présomptions au diagnostic, mais il n'est pas absolu, puisqu'on rencontre l'engorgement des ganglions parotidiens et sous-maxillaires, dans certains sarcômes et dans la tumeur à myéloplaxes. J'en dirai autant de la généralisation qui a été observée, également dans ces tumeurs qui ne sont pas rangées dans la classe des cancers proprement dits, quoiqu'elles n'en diffèrent pas au point de vue clinique.

La cachexie, c'est-à-dire, cet état général grave qui s'accompagne de coloration jaune paille toute particulière de la peau, est un caractère spécial au carcinôme arrivé à sa période ultime, mais on l'a noté également dans les sarcômes et la tumeur à myéloplaxes.

Récidive. — La tumeur cancéreuse, opérée dans les meilleures conditions récidive souvent. Après l'extirpation, une tumeur bénigne ne récidive point, à moins qu'il n'en soit resté des fragments sur le lieu qui en était d'abord le siége. C'est au contraire, dans ce point, que reviennent souvent les tumeurs cancéreuses. Il est rare de voir un même malade atteint plusieurs fois de polypes fibreux, de chondrômes, ou de sarcômes ; il est rare, au contraire de ne pas voir les véritables

cancers repulluler. Quand les tumeurs homœmorphes reviennent, c'est au bout d'un temps généralement considérable ; la plaie de l'opération finit toujours par se cicatriser, on ne l'a pas encore vue se transformer en ulcère de mauvaise nature, devenir le siége de végétations cancéreuses et former des cavernes squirrheuses; après l'enlèvement des cancers, au contraire, la récidive est ordinairement prompte, elle ne donne pas à la plaie le temps de se cicatriser, (Obs. de M. Hardy) ; au lieu d'une plaie, d'un ulcère à simple purulence, on a bientôt, dans une foule de cas, une surface qui se couvre de pelotons de végétations encéphaloïdes, qui se creuse, qui devient le siége d'une suppuration ichoreuse dont le fond revêt, au bout d'un certain temps, les caractères d'un ulcère cancéreux. Les tumeurs bénignes ne repullulent pas, ne détruisent pas les tissus de proche en proche, ne les envahissent pas pour les désorganiser, ne cessent jamais de pouvoir être enlevées avec chances de guérison, les cancers font tout le contraire (Velpeau T. du sein). Ce paragraphe emprunté à Velpeau, est en tous points applicable aux vrais cancers de la mâchoire supérieure. Avant de terminer cet article, nous ferons remarquer l'analogie très-grande qui existe entre les sarcômes malins, la tumeur à myéloplaxes et le carcinôme proprement dit, que nous avons réunis sous le nom de tumeurs malignes du maxillairesupérieur. La véritable différence qui caractérise ces diverses affections est basée surtout sur leur structure anatomique, encore n'est-il pas toujours bien facile, la pièce en main, de les séparer l'une de l'autre et du cancer proprement dit. Au point de vue clinique, toutes les tumeurs malignes se comportent exactement l'une comme l'autre et réclament les mêmes moyens thérapeutiques.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS.

L'observation que nous donnons ici *in extenso*, est celle qui, opérée en notre présence, par le Dr Ch. Hardy, nous a suggéré l'idée de ce travail.

Obs. I. — Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur. Ablation et guérison.

Prignon (François), cocher de Madame la comtesse de B..., est un homme de 32 ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin : il n'a jamais été malade, il n'accuse aucun accident syphilitique. Au mois de septembre 1873, sans cause connue, il a été pris d'une gêne du côté des fosses nasales, qu'il a attribuée à un rhume de cerveau : cette gêne a augmenté, et il a remarqué dans l'épaisseur de la joue gauche, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située profondément en dessous de la peau. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher, elle s'est développée assez rapidement, et est venue faire saillie à l'extérieur. A partir de ce moment, l'obstruction de la fosse nasale est devenue complète, et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus violentes, qui revenaient par accès. Il a consulté un médecin qui, croyant avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire, a ouvert cette cavité au moyen d'une large incision faite entre la joue et les gencives des deux premières molaires.

Cette ouverture a donné issue à une assez grande quantité de liquide fétide ; le malade a été soulagé, mais la tumeur de la joue n'a pas été modifiée. On a pratiqué des injections d'eau alcoolisée dans la cavité du sinus. Ces injections revenaient facilement par le nez et par la bouche ; on les a continuées pendant deux mois ; les douleurs n'ont pas cessé, au contraire, elles sont devenues extrêmement vives et se sont propagées à la tempe et à la région frontale : elles présentaient deux types bien distincts : les unes, passagères et subites, sont comparées par le malade à des coups d'aiguille ou à des secousses électriques, elles avaient leur siége dans la tumeur, les autres s'irradiaient dans tout le côté gauche, suivant le trajet des nerfs, et revenaient par accès, surtout la nuit. Elles duraient plusieurs heures. On a administré sans succès le sulfate de quinine, puis la morphine par la méthode endermique.

Les injections alcoolisées ont été remplacées par des injections émollientes, et peu à peu les douleurs névralgiques sont devenues moins vives. Pendant deux mois le malade n'a fait aucun traitement. Le 15 février 1874, nous le trouvons dans les conditions suivantes : le côté gauche de la face est déformé par la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, située au-dessous du bord inférieur de l'orbite ; la peau qui la recouvre est saine et mobile à sa surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique, peu douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On n'y perçoit aucune crépitation osseuse, elle semble développée au devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le sinus. La fosse nasale gauche est le siège d'une tuméfaction qui l'oblitère complètement. La voûte palatine est déformée; elle est le siége d'une bosselure circonscrite qui correspond au niveau de la portion horizontale de l'os palatin, et qui offre une certaine élasticité sans fluctuation. Rien d'apparent du côté de l'orbite ; l'œil n'est pas dévié ; la vision n'est pas troublée.

Le malade souffre beaucoup, et ses douleurs, plus aigües la nuit, le privent de sommeil ; elles se propagent suivant le trajet des nerfs sus-orbitaires et temporaux. La tumeur est le siége de douleurs lancinantes. Malgré tous les symptômes qui caractérisent une tumeur solide du maxillaire supérieur, et surtout à cause des antécédents du malade, on pratique une ponction exploratrice avec un trocart à hydrocèle, qu'on fait pénétrer jusque dans le sinus ; il sort à peu près un demi-verre de sang noir, sans mélange d'autre liquide. Une autre ponction est faite avec un trocart explorateur, introduit dans la fosse nasale, en se dirigeant le plus possible du côté du sinus maxillaire; il s'écoule encore une certaine quantité de sang. En faisant cette ponction, on a constaté que l'instrument, après avoir traversé une coque charnue d'une certaine épaisseur, pénétrait dans une cavité libre. Une ponction semblable est faite par la voûte palatine, dans le point où il existe de la tuméfaction, et l'instrument arrive dans le sinus sans trouver de résistance osseuse. On en conclut que l'os palatin est détruit, que le sinus est vide et que la tumeur est développée sur la paroi antéro-externe de cette cavité, qu'elle a pour point de départ le maxillaire, qui est déjà altéré en grande partie.

Le malade nous apprend que son père est mort d'un cancer de l'estomac, et qu'un de ses frères a succombé à un cancer de la langue.

On introduit une sonde en gomme élastique jusque dans le sinus, en se servant de l'ouverture faite par le gros trocart, et on injecte une certaine quantité d'eau aromatisée avec de l'alcool de menthe; en faisant cette injec-

tion, on a pour but de s'assurer que le sinus maxillaire est libre, et aussi de désinfecter le malade, qui exhale par la bouche et les narines une odeur repoussante. L'injection pénètre facilement et revient par le nez. Au bout de quelques jours, on est obligé de cesser les injections à cause des douleurs qu'elles provoquent.

On injecte sous la peau de l'avant bras six gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 20e ; le malade est plus calme. Mais la tumeur ne tarde pas à s'enflammer. La joue devient rouge, la paupière inférieure est tuméfiée; cataplasmes sur la face, gargarismes émollients. La poussée inflammatoire disparaît au bout de quelques jours, mais la tumeur semble avoir augmenté de volume. Le Dr Péan, qui a examiné le malade avec le Dr Hardy, pense comme lui que la tumeur est un cancer, et conseille l'ablatation du maxillaire.

Cependant il est d'avis qu'on doit encore inciser la paroi du sinus au niveau du sillon qui sépare la joue des dents molaires, afin de s'assurer du siége exact de la maladie. Cette incision est immédiatement pratiquée très-largement ; il s'écoule du sang pur, et on peut, avec le doigt introduit dans l'ouverture, explorer la cavité du sinus, qu'on trouve vide. La muqueuse paraît un peu épaissie. Cette exploration permet de constater que la maladie siége sur la face antéro-externe du maxillaire, et se développe surtout du côté de la joue.

Le malade est soulagé par cette opération; ses douleurs sont moins aigües; on ne peut attribuer cette amélioration momentanée qu'à l'écoulement du sang et au dégorgement des vaisseaux qui entourent la tumeur ; car malgré tout, celle-ci continue à se développer, et huit jours après, elle remplit tout le sillon buccal; elle est rouge, saignante et très-sensible au toucher; le malade mange avec difficulté, et les douleurs nocturnes, d même que les douleurs lancinantes, sont devenues si violentes, que le malade demande à être opéré le plus promptement possible.

Il y a du reste urgence à prendre une décision, car la peau de la joue, très-altérée par les poussées inflammatoires répétées, commence à contracter des adhérences avec la tumeur, et menace de s'ulcérer. Il s'est formé un abcès à la voute palatine et une tumeur lacrymale qui s'est ouverte spontanément, et laisse une fistule qui suppure considérablement. L'œil est presque entièrement recouvert par les paupières œdématiées, et la conjonctive est très-enflammée.

Au milieu de ces désordres, les dents sont saines, très-solides, non dou-

loureuses ; il semble que le bord alvéolaire de la mâchoire ait seul échappé à l'envahissement de la maladie, car il n'est pas douteux que l'os soit altéré dans le reste de son étendue.

Opération pratiquée le 12 mai 1874 par M. le Dr Ch. Hardy, assisté de M. le Dr Berrut, de M. Vachey et de nous.

On a choisi le procédé de Velpeau ; l'opération n'a présenté aucune particularité à noter ; l'hémorrhagie a été très-abondante, mais facile a arrêter. La section des os a été pratiquée avec les cisailles de Liston modifiées. Ce dernier temps de l'opération a été rapide.

La réunion de la plaie a été faite au moyen de huit points de suture entortillée, après avoir rempli l'anfractuosité de la face avec un bourdonne de charpie.

Examen de la tumeur. — Nous examinons le maxillaire qui vient d'être reséqué, et nous constatons tout d'abord que les sections ont porté sur des parties saines de l'os, et que la tumeur a été enlevée en totalité. L'os est altéré dans une grande partie de son étendue ; toutes les parois du sinus maxillaire sont détruites ou ramollies, surtout les parois interne et antérieure.

La cavité est remplie d'une matière grisâtre et sébacée, ayant la consistance et l'aspect du mastic et d'une odeur infecte. Ls sinus paraît agrandi ; la muqueuse qui le tapisse a son aspect normal, mais elle est épaissie et plissée : du reste, pas de traces d'ulcération ; elle est adhérente aux portions d'os restées saines et à la face postérieure de la tumeur, dont elle n'est pas séparée par la lamelle osseuse, qui a entièrement disparu de ce côté ; le bord alvéolaire est sain et les dents très-solides. Les gencives sont intactes ; la muqueuse de la voûte palatine présente une petite ulcération en voie de cicatrisation, au fond de laquelle la branche horizontale du maxillaire est à nu. L'os palatin est détruit. Du côté de l'orbite, la paroi supérieure du sinus est amincie et fracturée en plusieurs points ; le canal sous-orbitaire est rempli par le nerf qui est entouré de tissu grisâtre, semblable à celui de la tumeur. Le tronc du nerf est intact ; les branches terminales se perdent avec l'artère sous-orbitaire au milieu du tissu morbide.

La tumeur occupe toute la face antéro-externe de l'os, elle s'étend de haut en bas depuis le bord inférieur de l'orbite jusqu'à la base des gencives, et de la fosse canine à la tubérosité maxillaire de dedans en dehors ; son aspect extérieur est grisâtre à sa partie supérieure, d'un rouge brun à la

partie inférieure. Sa forme est celle d'une moitié de sphère qui présente trois bosselures séparées par du tissu fibreux.

La coupe donne la sensation d'un tissu lardacé, comme l'encéphaloïde cru; son aspect est marbré, grisâtre, entremêlé de substance brune formant des espèces de lobes qui correspondent aux bosselures extérieures.

L'examen microscopique fait par M. le professeur Laveran, a démontré que cette tumeur était constituée par des cellules inégales, arrondies, mesurant 5 à 10 millièmes de millimètre, renfermant un noyau ou bien un contenu granuleux. (Il faut noter que l'examen de la tumeur a été fait un an après l'opération, et que la pièce anatomique avait séjourné pendant tout ce temps dans l'alcool ou dans une solution de chlorure de zinc). Ces cellules sont accolées les unes aux autres, il n'y a pas de stroma fibreux, très-peu d'éléments fusiformes, pas de grandes cellules à myéloplaxes. Cette tumeur pourrait être classée dans la variété dite sarcôme myéloïde.

Suites de l'opération. — Le 15 mai, le malade est pris de frissons, de nausées, de douleurs de tête violentes; la plaie est douloureuse, la peau de la joue présente au niveau de la suture une plaque érysipélateuse; on donne au malade un lavement purgatif et on recouvre la rougeur avec une pommade au sulfate de fer (formule de Velpeau.)

Le 16. L'Érysipèle a gagné la moitié de la face du côté malade, les paupières de l'œil gauche sont tuméfiées, et la rougeur gagne le nez et le front. La plaie est peu atteinte, la réunion paraît solide; il s'est fait un peu de suppuration autour des épingles; on enlève les deux points de suture les plus élevés. Pendant huit jours l'érysipèle a parcouru la tête, en disparaissant sur les points primitivement atteints. Il est survenu un abcès de la paupière inférieure gauche, mais la marche de la cicatrisation n'a pas été troublée.

Le 25. — Le malade peut sortir, il ne souffre plus et avale des bouillons et des potages.

Du côté de la bouche, la vaste anfractuosité laissée par l'ablation du maxillaire se remplit et présente un assez bon aspect. Cependant le bourgeonnement trop rapide nous inquiète, et nous faisons des applications de perchlorure de fer pour réprimer les bourgeons charnus. Mais il n'y a bientôt plus de doute; la tumeur récidive, et avec une rapidité telle, que le 10 juin elle remplit tout le côté correspondant de la bouche, distend la joue et menace de faire rompre la cicatrice. M. Hardy n'hésite pas à enlever

toute cette masse fongueuse et à pratiquer des cautérisations énergiques, avec une solution concentrée de chlorure de zinc. La tumeur, se reproduisant de nouveau, il la circonscrit avec des flèches en pâte de Canquoin, en même temps qu'il larde, pour ainsi dire, de morceaux de pâte de Canquoin toute la tumeur.

Chacune de ces opérations donne lieu à des hémorrhagies très-abondantes, qui s'arrêtent par l'action du chlorure de zinc et par des applications de perchlorure de fer.

Pendant toutes ces manœuvres, le malade n'accuse aucune douleur, fait sur lequel nous tenons à insister.

Le tissu morbide se sèche, se momifie pour ainsi dire sous l'influence de cette cautérisation énergique, et l'odeur repoussante disparaît.

Deux jours après cette opération, on enlève tous les tissus mortifiés jusqu'à ce qu'on arrive sur les parties non atteintes par le caustique, et on renouvelle les applications de pâte au chlorure de zinc. Mais cette fois on remarque une ligne de démarcation assez bien tranchée entre les tissus sains et la production morbide, et c'est dans cette ligne qu'on introduit les flèches. Cette dernière application est très-douloureuse et suivie d'une poussée inflammatoire qui s'étend à toute la moitié correspondante de la face : on redoute un instant un phlegmon ou un érysipèle. On prescrit des cataplasmes émollients, et l'on fait des injections de guimauve dans la plaie.

Les accidents aigus se calment promptement et l'on peut constater du côté de la bouche un commencement de suppuration franche entre l'eschare et les portions saines. On cesse tout traitement, les parties mortifiées se séparent et à partir de ce moment la cicatrisation suit une marche régulière.

Nous avons revu le malade le 25 août, la cicatrice était complète, il ne souffrait plus et se considérait comme guéri.

Au mois de décembre, la guérison était certaine : le voile du palais avait contracté des adhérences avec la cicatrice. Il ne reste plus qu'une ouverture de la largeur d'une pièce de cinquante centimes qui fait communiquer la bouche avec les fosses nasales, qui gêne le malade pour parler et pour manger ; mais ces deux inconvénients ont disparu depuis qu'il porte un appareil prothétique qui remplit complètement le vide laissé par l'opération. Aujourd'hui, il y a quinze mois que la résection a été pratiquée et six mois que le malade porte son appareil ; la guérison ne s'est pas démentie : la voix a repris son timbre normal et la face ne présente pas de déformation, si ce n'est la trace de l'incision, il n'y a pas de renversement de la paupière intérieure,

comme cela s'observe dans certains cas où le procédé de Velpeau a été employé. La rétraction de la cicatrice a fait disparaître les signes de la paralysie de la face.

Obs. II (due à l'obligeance de M. le professeur Paulet). — Tumeur squirrheuse du maxillaire supérieur. Ablation et guérison.

M. X... commis de marine, âgé de 24 ans, entre au Val-de-Grâce dans les premiers jours du mois d'avril 1865. Il porte à la joue gauche une tumeur qui s'est développée depuis dix mois, sans cause connue, et qu'on lui a dit être une exostose. Pas d'antécédents syphilitiques. Le malade a contracté des chancres multiples à la verge, il y a moins de trois mois, c'est-à-dire, après que la tumeur de la face avait déjà acquis à peu près, le volume qu'elle présente aujourd'hui ; jusqu'à présent les mercuriaux et l'iodure de potassium ont été administrés sans succès.

Quelque temps avant la première apparition du gonflement, les régions temporales et le front ont été le siége de douleurs névralgiques assez intenses ; mais, ces douleurs ont été de courte durée et l'on peut dire qu'aujourd'hui l'affection est à peu près indolore.

Examen du malade à son entrée à l'hôpital. — La joue gauche est proéminente et la palpation fait reconnaître sous le tégument, une tumeur dure, ayant environ le volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur s'étend, en haut, jusqu'au bord inférieur de l'orbite qu'elle a envahi ; en bas, elle va jusqu'à la gencive supérieure, en avant, elle s'arrête à 1 centimètre en dehors de l'aile du nez ; en arrière, elle se prolonge jusqu'à la fente ptérygo-maxillaire et semble occuper toute la grosse tubérosité du maxillaire supérieur, dans sa portion supéro-externe, elle remonte un peu derrière l'os malaire, il est probable qu'elle remplit la fente sphéno-maxillaire.

Du côté de l'œil correspondant, il n'y a pas d'exorbitisme, les mouvements du globe oculaire se font facilement dans tous les sens, on sent seulement le plancher de l'orbite un peu soulevé dans sa partie antérieure.

Du côté de la bouche, tout le rebord gengival gauche est envahi ; on peut suivre la tumeur jusqu'à l'extrémité de la tubérosité maxillaire, et il est facile de constater qu'elle n'est pas constituée par du tissu osseux. On la sent dure, mais élastique, se laissant un peu déprimer sous le doigt, pour reprendre immédiatement sa forme première. Il semblerait même que toute la paroi osseuse, soit ou détruite, ou considérablement transformée ; car, en

comprimant le néoplasme, soit du côté de la gencive, soit du côté de la joue, on ne détermine, nulle part, ce craquement papyracé qui se produit lorsque les tumeurs de ce genre sont revêtues d'une mince coque osseuse.

Toute la moitié gauche de la voûte palatine est abaissée : comparée à la moitié droite, elle présente une différence de niveau de plus d'un demi-centimètre.

La paroi externe de la fosse nasale gauche est déjetée en dedans. Le cornet inférieur est rapproché de la ligne médiane ; mais il reste encore séparé de la cloison par un espace très-suffisant pour que le malade puisse respirer librement.

De tous ces caractères, je conclus que la tumeur (fibrôme, squirrhe ou chondrôme) s'est développée dans le sinus maxillaire gauche et qu'elle remplit entièrement cette cavité.

Opération pratiquée le 30 *avril à* 8 *heures du matin.* — Le malade n'est point anesthésié. Une première incision, commencée à 1 centimètre au-dessous du grand angle de l'œil, descend verticalement jusqu'au devant de la canine gauche, en divisant complètement la lèvre supérieure; par cette incision, les cartilages du nez sont détachés des os de la face. Une seconde incision, partant de la commissure labiale et remontant obliquement en dehors jusqu'à la portion zygomatique de l'os malaire, détermine la formation d'un lambeau à base supérieure. En soulevant ce lambeau, et en le disséquant au fur et à mesure de bas en haut, je mets à découvert toute la face antéro-externe de la tumeur, jusques et y compris le bord inférieur de l'orbite que je dégage dans toute son étendue. Pendant ce temps de l'opération, la faciale a été sectionnée et liée aux deux bouts.

Après avoir mis à nu l'os malaire, je constate que, conformément à mes prévisions, la fente sphéno-maxillaire est presque complètement obstruée par la tumeur et qu'il est absolument impossible d'y faire passer une scie à chaîne. Sans perdre de temps en essais infructueux, j'attaque le malaire et l'apophyse orbitaire externe avec le ciseau et le maillet; je divise de même l'apophyse montante du maxillaire supérieur ; puis toujours sans changer d'instruments, j'introduis le ciseau entre les deux incisives médianes et je divise la voûte palatine d'avant en arrière ; enfin, un dernier coup de ciseau défonce le plancher de l'orbite. Toutes ces sections des différents points d'attache du maxillaire supérieur sont exécutées avec une extrême rapidité et sans la moindre difficulté.

Dans un dernier temps, je fais basculer le maxillaire de haut en bas, et, au moment de l'extraire, je sépare, au moyen de quelques coups de ciseaux, le voile du palais de ses insertions à la voûte palatine. A peine l'os est-il enlevé qu'il s'échappe de la plaie une quantité de sang vraiment effrayante. Un des aides comprime immédiatement la carotide primitive, et je me dispose à éteindre quelques cautères dans les tissus saignants; mais, à mesure que je débarrasse la plaie des caillots qui le remplissent, je m'aperçois que cette hémorrhagie si abondante a disparu aussi vite qu'elle s'est manifestée. J'attends un quart d'heure environ et, comme l'écoulement sanguin ne s'est pas renouvelé, je procède au pansement. Quelques tampons de charpie dans le fond de la plaie, trois points de suture entrecoupée au niveau de l'apophyse montante, une suture entortillée sur tout le reste du lambeau, tels sont les moyens mis en usage.

Ainsi qu'il arrive en pareil cas, les suites de cette opération furent des plus simples. A partir du douzième jour, la réunion était achevée. L'incision, étendue de la commissure labiale à l'apophyse orbitaire externe, avait nécessairement intéressé un assez grand nombre de rameaux du nerf facial, notamment ceux qui se rendent aux zygomatiques et à l'orbiculaire des paupières. Il en résulta, pendant les premiers temps, une légère déviation de la face et de l'épiphora de l'œil gauche. Mais, à partir du vingt-sixième jour, déviation et épiphora avaient disparu ; la régénération nerveuse était complète.

Du côté de la cavité buccale, le vaste hiatus résultant de l'ablation du maxillaire se combla peu à peu. Trois mois environ après l'opération, un appareil prothétique habilement construit rétablissait la continuité de l'arcade dentaire supérieure, en même temps qu'il redonnait à la voix son timbre normal, et le malade partait pour la Guadeloupe, portant des traces à peine apparentes de l'opération qu'il avait subie.

Au mois de mars 1868, trois ans après son départ, M. X... qui habitait toujours la Guadeloupe, me donnait de très-bonnes nouvelles de sa santé et m'assurait que la guérison ne s'était point démentie.

Examen histologique de la tumeur, fait par M. le professeur agrégé Laveran. — Des fragments de la tumeur sont détachés et placés successivement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool (48 heures dans chaque liquide) ; puis des coupes sont pratiquées et colorées par le picrocarminate d'ammoniaque.

Les éléments ont conservé leur forme et leur aspect normal malgré leur séjour prolongé dans l'alcool. Sur bon nombre de points on ne trouve que

des faisceaux de tissu conjonctif entrecroisés, qui se présentent sous différents aspects suivant que les faisceaux ont été coupés longitudinalement ou en travers ; sur ces points on croirait qu'il s'agit d'un fibrome ; mais, çà et là, on trouve des alvéoles constituées par un stroma fibreux ; les mailles de ce stroma sont irrégulières, elles renferment un grand nombre de cellules de formes variées, en général assez régulièrement arrondies, avec un nucléole ou un contenu granuleux.

Il s'agit, en somme d'un carcinome ou plutôt d'une tumeur carcinomateuse.

(D'après les auteurs, le carcinome fibreux ou squirrhe, est très-rare au maxillaire ; au contraire, les tumeurs fibreuses sont très-communes).

Obs. III. — Epithelioma du sinus maxillaire. Ablation du maxillaire supérieur. Guérison. (H. Salles, thèse de Montpellier, 1872.)

Madame F..., âgée de 35 ans, entre à l'hôpital, le 16 février 1872, service du professeur Courty. Elle porte sur la joue droite une tumeur considérable, présentant son plus grand développement au niveau de l'os malaire ; l'œil droit est poussé en avant et en haut, le rebord orbitaire inférieur est masqué, à droite, par une saillie qui part au-dessous du globe oculaire et refoule la paupière ; la portion antérieure du maxillaire supérieur parait saine ; la peau est intacte et indolore au toucher. La tumeur présente une consistance assez dure ; pas de fluctuation ; le nez dévié légèrement à droite ; la narine est obstruée et ne laisse plus passer l'air ; quelquefois, cependant, une sécrétion transparente, jaune et filante s'en échappe. Dans la bouche, on voit une large tuméfaction s'étendant même en un point au-delà de la ligne médiane ; au niveau de la deuxième grosse molaire est une ulcération sèche, du diamètre d'une pièce de vingt centimes ; le voile du palais est altéré jusqu'à un demi centimètre de son bord libre, au niveau du pilier droit antérieur. Il existe sur le rebord gengival, devant la première molaire, une tumeur de petite dimension ; la muqueuse de toute l'apophyse palatine est injectée, œdématiée. Pas de maladies antérieures, sauf, quelquefois, un engorgement passager des ganglions sous-maxillaires. Son mal a débuté par une douleur lancinante venant de temps à autre au niveau de la joue droite. Il y a trois mois environ, cette douleur se fixa au niveau de l'œil du même côté ; un épiphora s'en suivit, puis la joue commença à grossir et deux

tumeurs apparurent en même temps, l'une sur le rebord des gencives, l'autre sur la voûte palatine. Peu à peu la saillie augmenta en volume et l'os fut repoussé en dehors. Quelque temps après, la narine droite s'obstrua; les douleurs s'irradièrent du côté de l'oreille, tout en devenant plus modérées.

Une ponction exploratrice n'amène que du sang; l'examen à l'ophthalmoscope donne les résultats suivants : œil droit, transparence des milieux parfaite ; le bord sclérotical de la pupille est très-net, mais à partir de cette limite jusqu'à l'émergence des vaisseaux, la zône est vivement injectée, rouge vineux, surtout quand on la compare à la partie symétrique de l'œil gauche qui est tout à fait blanche. Pas d'hémorrhagie ; les artères sont visibles, à double contour, cependant en un point en bas et en dedans (image renversée) on voit un peu d'œdème qui suit le parcours d'une artériole, les veines de la papille et de tout le fond de l'œil ont acquis un volume considérable, sont congestionnées, tortueuses et d'une coloration noire. L'œil gauche est sain.

Traitement reconstituant et tonique (fer et quinquina) deux mois environ.

Opération pratiquée le 12 mars. La malade est assise sur une chaise, non anesthésiée. Procédé de Velpeau, par sutures entortillées. Tampons imbibés de perchlorure de fer dans la plaie et éponge pour soutenir la joue.

Le 10 avril, la malade est guérie.

Obs. IV. — Cancer du maxillaire supérieur gauche. Guérison. (Henry Salles, thèse de Montpellier, 1872.)

Le nommé Gal (Charles), âgé de 45 ans, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital Saint-Eloi, le 8 juillet 1870, service du professeur Moutet. D'après lui, la maladie aurait débuté, il y a trois mois, par une légère saillie dans la fosse canine, au-dessus de l'aile gauche du nez, qui s'est bientôt accrue, a refoulé la narine et a amené la projection en avant du globe oculaire. Des douleurs sourdes, lancinantes, la perte de l'appétit et des forces sont venues s'y joindre.

A l'examen, on constate les faits suivants : la joue gauche est rendue proéminente par une tumeur ovalaire, siégeant, surtout, dans le sillon naso-génien et à la paroi antérieure du sinus. La peau est d'un rouge violet et tendue sur les points refoulés par la production morbide, tandis qu'elle est naturelle et mobile sur les parties voisines ; le nez est dévié à droite ; la narine gauche est obstruée, en partie ; le globe oculaire, gêné dans ses muo

vements fait saillie en haut et en dehors, mais ces milieux n'ont subi aucune altération ; le malade est affecté de diplopie ; il existe depuis six jours une légère ulcération à bords rougeâtres et adhérents, qui a son siége au niveau de l'angle interne de l'orbite et laisse échapper, en petite quantité, un liquide séro-sanguinolent. Au toucher, la tumeur offre en certains endroits, une consistance assez molle, jointe à une fausse fluctuation ; la pression du doigt ne suscite aucune douleur. La muqueuse buccale parait saine, quoique épaissie et boursouffiée ; pas d'altération sur le rebord alvéolaire, pas plus que sur la voûte palatine et le voile du palais ; deux dents incisives et une petite molaire manquent ; dans le sillon alveo-dentaire, on trouve une tumeur allongée qui s'étend en haut jusqu'au plancher de l'orbite qu'elle refoule, en produisant l'exophthalmie dont nous avons parlé ; un gros ganglion engorgé existe sous l'angle de la mâchoire. Rien à constater du côté de l'hérédité ; absence de maladies antérieures : depuis l'hiver, seulement, le malade a senti ses forces diminuer ; il a perdu l'appétit et à éprouvé de la peine à se livrer à son travail habituel; aucun signe de scrofule ni desyphilis.

Le 10 juillet, on commence un traitement médical : iodure de potassium à l'intérieur, frictions loco dolenti avec pommade à l'hydridate de potasse. Aucune amélioration ne s'étant produite, le 15 juillet on procède à une ponction exploratrice pour s'assurer de la consistance de la tumeur. Un stylet introduit dans le trajet fistuleux pénètre profondément; les aiguilles à acupuncture peuvent être enfoncées sans rencontrer de parties dures, jusqu'à 6 ou 7 millimètres ; enfin, le trocart explorateur n'amène que quelques gouttes de sang. On diagnostique une tumeur cancéreuse, et l'opération est fixée au 25 juillet.

Le malade est opéré couché ; on renonce à l'emploi du chloroforme. Incision latérale externe ; au niveau de l'apophyse malaire, l'incision s'incline légèrement en dehors (procédé de Moutet, de Montpellier), pour atteindre la partie moyenne de l'os de la pommette, dessinant ainsi un petit angle ouvert en arrière (le canal de Sténon est évité par lui). Cautérisation au fer rouge. Le lambeau est fixé par la suture entortillée.

Le 10 août, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

Obs. V. — Tumeur épithéliale du maxillaire supérieur, suivie de la résection totale de l'os. (Camille Bertier, Montpellier, 1872.)

La nommée Marguerite Ruton, née à Millery (Rhône), âgée de 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, n° 28, le 3 avril 1870.

Début remontant à deux mois. Plus de dents du côté où siége la lésion. Douleurs vives depuis quelques jours. Face tuméfiée du côté gauche ; mouvements de l'œil et des lèvres libres. Langage pénible et embarrassé. Tumeur molle, à surface irrégulière et bosselée, saillante sur la moitié gauche de la voûte palatine. Ganglion induré au niveau de la glande sous-maxillaire. A droite, l'audition ne se fait plus qu'à une distance double de celle du côté sain.

Opération (4 mai), par le procédé de Velpeau. Réunion des bords de la plaie au moyen de dix points de suture entortillée. Ablation du ganglion par une incision de 3 centimètres environ ; la plaie n'est pas réunie.

La malade quitte l'hôpital le 24 mai.

Obs. VI. — Tumeur mélanique du sinus maxillaire gauche. (C. Bertier, Montpellier, 1872.)

Le nommé Vidal Cullerier, âgé de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 112, le 14 avril 1857. Il a subi, il y a deux ans, l'ablation du rebord alvéolaire gauche. Depuis 7 mois, récidive qui a envahi le sinus maxillaire. Tumeur ovoïde remplissant toute la région, molle en certains points, fluctuante à son centre, faisant saillie du côté du palais, ayant obstrué la fosse nasale du côté correspondant et produit une saillie assez considérable du globe oculaire. Du côté de la cavité buccale, la surface de la tumeur est parsemée de taches mélaniques. Il en existe, enfin, sur les muqueuses du pharynx et de la joue droite. Mastication difficile. Douleurs lancinantes.

Opération (22 avril), par le procédé de Nélaton. Les lambeaux sont réunis par une suture enchevillée.

Le malade quitte l'hôpital, le 11 mai. Cicatrisation presque complète. Pas de déviation de la face.

Obs. VII. — Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire droit. (C. Bertier, thèse de Montpellier, 1872.)

La nommée Moreton, âgée de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, n° 20, le 10 mai 1859. Début, remontant à 4 ans. A cette époque, saillie anormale de la voûte palatine du côté de la cavité buccale et de la fosse nasale correspondante. Pas de douleurs. Nombreux coryzas, probablement consécutifs à la tumeur. Depuis un certain temps, la lésion restait stationnaire lorsque, tout à coup, sans cause appréciable, elle a

pris, depuis trois mois, un développement très-rapide et la saillie qu'elle fait du côté de la face est beaucoup plus accentuée. Il y a quelques mois, deux ponctions par la bouche et la région antérieure, qui n'ont donné qu'une petite quantité de liquide insignifiante.

Aujourd'hui, joue droite tuméfiée, fosse canine remplacée par une saillie qui soulève et dévie le nez.

La moitié gauche de la voûte palatine est affaissée et arrivée au niveau des dents. Respiration impossible par la fosse nasale droite. Rien du côté de l'orbite, rien du côté de la déglutition. Tumeur fixe, de consistance inégale ; en quelques points, crépitation obscure. Dents ébranlées dans leurs alvéoles ; état général satisfaisant.

Opération le 18 mai. anesthésie. La lèvre est relevée; ouverture avec la gouge de la paroi antérieure du sinus. La tumeur est arrachée, avec le doigt, de la cavité du sinus. Pansement au perchlorure de fer.

Lorsque la malade quitte l'hôpital, les fonctions de mastication et de déglutition s'accomplissent facilement.

Pronostic. — D'après les détails dans lesquels nous sommes entrés, on comprend que de toutes les tumeurs malignes, c'est le cancer qui offre la plus grande gravité. Toutes ces tumeurs obligent à des opérations terribles ; toutes peuvent récidiver et entraîner la mort du malade.

Le cancer de la mâchoire supérieure est cependant moins grave que celui qui se développe dans une autre région ; il est susceptible de guérir plus souvent ; en effet, sur huit observations que nous avons recueillies, nous avons trouvé sept cas de guérison, une mort. Si nous ajoutons à cette statistique les opérations heureuses de sarcômes et de tumeurs à myéloplaxes, on est frappé du nombre de résultats heureux. Surtout si on les compare aux opérations des cancers du sein, par exemple : sur 19 opérées de cancers de la mamelle, par différents procédés, observées par M. Broca (rien sur le cancer Landolphi), 18 sont mortes dans la première année, 1 après 3 ans. A quoi tient cette immunité relative du cancer de la

mâchoire supérieure. Est-ce à l'opération qui permet d'enlever l'os tout entier qui lui a donné naissance, est-ce aux moyens de traitement qui suivent l'opération, ou bien doit-on en chercher la cause dans les conditions anatomiques de la région ?

Toutes ces raisons peuvent être imaginées à la fois ; l'opération est ici plus radicale que partout ailleurs ; mais elle ne suffit pas à elle seule, puisque l'affection récidive quelquefois et qu'elle peut encore être combattue avec succès par les caustiques.

Tout en laissant aux moyens chirurgicaux la part qui leur revient dans la guérison du cancer de la mâchoire supérieure, il faut tenir compte des conditions anatomiques de la région. Il est un fait bien établi aujourd'hui, c'est que le cancer du maxillaire supérieur peut arriver à un développement très-considérable sans que les ganglions lymphatiques soient affectés. Même dans les cas de récidive après l'opération, l'adénite symptomatique si commune et si redoutable dans les cancers en général, ne survient qu'à une époque relativement très-éloignée ; ce qui permet d'employer plus longtemps les moyens actifs.

C'est donc à ces deux conditions : 1° facilité d'enlever la tumeur avec la mâchoire tout entière ; 2° rareté des lymphatiques, qui rend plus tardive la propagation du suc cancéreux dans les ganglions et par cela même la généralisation du cancer, qu'on doit attribuer les succès plus nombreux dans cette maladie.

En un mot, le cancer du maxillaire supérieur reste plus longtemps que tous les autres, une maladie locale accessible aux moyens thérapeutiques. D'où le précepte suivant : Toutes les fois qu'après une résection du maxillaire, il y aura récidive de la tumeur, quelle que soit la violence et l'étendue de cette récidive, si les ganglions sont intacts et la peau de la joue

LANE LIBRARY

saine, il ne faut pas désespérer de la guérison et suivre le précepte de Garengeot : cautériser profondément et souvent les tissus cancéreux.

Dans certains cas, comme chez le malade de M. Hardy, le tissu morbide repullule avec une rapidité et une abondance extraodinaires ; il faut agir avec d'autant plus d'énergie. Chez ce malade, on était obligé de cautériser avec la pâte de Canquoin, et, pour donner plus de prise au caustique, d'enlever chaque fois les tissus mortifiés par la cautérisation précédente, de manière à appliquer le médicament sur les parties saignantes.

Le pronostic varie nécessairement suivant les désordres déjà causés par la dégénérescence dans les organes voisins. Le cancer de la voute palatine, s'ulcère promptement, gêne la déglutition, se propage vite au maxillaire du côté opposé et verse dans la bouche un liquide infect qui est en partie absorbé avec les aliments et amène promptement des troubles fonctionnels, qui contribuent à leur tour à détériorer la constitution. Nous avons vu que le cancer peut envahir l'orbite et amener la perte de l'œil. Enfin, si les os de la base du crâne sont atteints, la maladie est au-dessus des ressources de la chirurgie.

La récidive du cancer rend le pronostic plus grave ; mais n'entraîne pas nécessairement la mort du malade.

Ce que nous venons de dire du carcinome, s'applique également aux sarcômes et à la tumeur à myéloplaxes, mais avec des chances encore plus grandes de succès.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT.

...In medicabile vulnus ense recidendum
est, ne pars sincera trahatur.
OVIDE.

Pour rechercher la meilleure méthode de guérir les tumeurs malignes, examinons avec soin la situation et la structure de la région.

La mâchoire supérieure est formée par les deux os maxillaires supérieurs qui, en se réunissant par leur branche horizontale, constituent en grande partie la voute palatine, et circonscrivent la cavité des fosses nasales, dont ils forment les parois externe et inférieure. Ils composent presqu'à eux seuls tout le squelette de la face ; libres dans les trois quarts de leur surface qui n'est recouverte que par les joues et les muscles buccinateurs, ils sont comme appendus à la base du crâne avec laquelle ils s'articulent par leurs branches montantes qui forment une partie de la charpente du nez, en dehors ils sont soutenus par les deux os malaires, qui s'élèvent à l'angle supérieur et externe dû maxillaire supérieur et s'articulent avec l'os de la pommette. C'est la jointure la plus solide ; mais néanmoins sa division n'offre pas une grande difficulté.

Il résulte de cette disposition que chaque os maxillaire supérieur est relié au squelette par trois points principaux : Au frontal par l'apophyse montante ; à l'os malaire par l'apophyse malaire; et à son homologue par sa branche horizontale. Les autres moyens d'union sont très-faibles et il suffit de couper les trois points que nous venons d'indiquer pour le détacher complètement et facilement quand on l'a isolé des parties molles.

C'est cette disposition qui a été utilisée en médecine opéra-

toire et qui a conduit Gensoul à pratiquer la résection complète du maxillaire supérieur et à donner, le premier, les règles à suivre dans cette opération.

Cette cavité, nous l'avons vu, est le siége de nombreuses affections.

La peau qui recouvre le maxillaire, à l'exception de celle du nez, est facile à déplacer; c'est ce qui facilite les autoplasties qui pourraient être nécessaires.

Presque tous les muscles du visage à l'exception de ceux du menton et de la lèvre inférieure sont intéressés dans la résection du maxillaire, soit qu'on les prive de leur insertion à l'os en enlevant ce dernier, soit qu'on les divise dans l'incision de la peau. D'autres encore, tels que le masséter et le temporal doivent être évités avec soin lors de l'introduction de la scie à chaîne lorsqu'on l'emploie.

La glande parotide est assez éloignée du champ de l'opération, mais son canal excréteur, qui traverse le buccinateur vis-à-vis de la deuxième petite molaire, est exposé à être coupé dans l'incision qui traverse la joue.

Grâce à la dilatabilité de l'orifice buccal, ainsi qu'à l'insertion élevée de la muqueuse de la joue, la trépanation de l'antre d'Hyghmore et même dans certains cas l'amputation d'une partie du maxillaire sont possibles *sans division* des *parties molles*.

Comme vaisseaux, notons les branches de l'artère faciale et de la maxillaire interne: tronc même de la faciale, artère transverse de la face, artère sous-orbitaire forcément coupée quand on détache les parties molles de la joue. — Le calibre de toutes ces artères n'est jamais tel, que leur section puisse entraîner des hémorrhagies inquiétantes; et si on les trouvait dilatées pathologiquement, il serait facile d'en faire la ligature.

En détachant l'os, on coupe nécessairement l'artère orbitaire à son entrée dans le canal, ainsi que les artères alvéolaires

supérieure, et palatine postérieure. On pourra même blesser le tronc de la maxillaire interne ; pour s'en préserver il faut raser l'os avec le bistouri.

Les rameaux inférieurs de la branche supérieure et les rameaux supérieurs de la branche inférieure du facial, sont divisés dans l'incision de la joue et il en résulte une paralysie temporaire de la face.

Les nerfs qui traversent l'os sont forcément lésés ; ce sont les nerfs alvéolaires postérieur et supérieur, le grand nerf palatin et surtout le nerf sous-orbitaire et ses branches. Pour les préserver de tiraillements et de déchirement dangereux, dit Heyfelder, il faudra les diviser nettement à leur entrée dans l'os avant d'enlever ce dernier.

Les parties molles du visage se distinguent par leur grande vitalité ; de là, leur tendance à la guérison par première intention, et la possibilité qu'elles ont de réparer les pertes de substances étendues. Ces propriétés expliquent le succès des opérations autoplastiques souvent très-compliquées que l'on pratique au visage, et elles sont d'une haute utilité dans la résection du maxillaire supérieur qui nous occupe en ce moment.

Procédés opératoires. — L'ablation du maxillaire supérieur est plus effrayante qu'elle n'est grave, plus douloureuse qu'elle n'est compromettante pour la vie du malade ; mais les douleurs qui l'accompagnent et le temps qu'elle exige pour son exécution en font une des opérations les plus cruelles de la chirurgie. Pour appuyer ce que nous avançons, nous avons placé à la fin de ce chapitre l'observation d'un cancer opéré par Maisonneuve. On aura ainsi une idée de ce que peut la médecine opératoire, et de l'étendue des mutilations auxquelles le malade peut résister.

Il est de règle de ne pas recourir au chloroforme dans les opé-

rations qui intéressent la cavité crânienne : le sang que fournissent en grande abondance des tissus si vasculaires, tombe incessamment dans la bouche et les pharynx : il faut, sans peine d'asphyxie, que le malade puisse cracher, et pour cela qu'il prenne la position assise et qu'il s'incline en avant.

Mais l'opération se compose de plusieurs temps : un certain nombre d'incisions et de sections osseuses peuvent être pratiquées sans pénétrer dans la cavité crânienne. Il est donc possible de commencer par elles, de maintenir le malade dans l'insensibilité jusqu'à ce qu'elles soient terminées et de ne le réveiller qu'au dernier moment.

Les résections du maxillaire supérieur se divisent en résections totales ou partielles d'un ou des deux maxillaires supérieurs.

Les résections partielles d'un seul maxillaire se sous-divisent en résection d'une apophyse, d'un bord libre, d'une paroi ou de la plus grande partie de l'os (amput. du maxill.)

Nous arrivons à l'extirpation en totalité de l'os.

Procédé de Gensoul. — Il fit une première incision verticale partant du grand angle de l'œil et venant diviser la lèvre supérieure au niveau de la dent canine, une deuxième incision transversale naissant de la précédente à la hauteur de la base du nez et s'arrêtant à 9 millimètres en avant du lobule de l'oreille, et enfin une dernière incision verticale commençant à 12 millimètres en dehors de l'angle externe de l'orbite et allant par sa partie inférieure se réunir à l'extrémité externe de la précédente. Il avait ainsi un lambeau quadrilatère à base supérieure qu'il relevait.

Ce procédé laisse des cicatrices apparentes et a en outre l'inconvénient plus sérieux de diviser près de leur point d'émergence plusieurs branches du facial. Il est abandonné.

2° *Procédé de Syme.* — Incision cruciale dont l'un des angles partait de la commissure labiale du côté malade.

3° *Procédé de Velpeau.* — Incision partant de la commissure labiale du côté malade pour se rendre entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille. — Cette incision employée par M. Ch. Hardy, dans l'opération que nous rapportons passe au devant du canal de Sténon qui n'est pas blessé.

4° *Procédé de Lisfranc.* — 1° Incision partant de la commissure labiale et finissant directement au niveau de l'angle orbitaire externe du canal ; elle évite le canal de Sténon ; 2° Incision partant de la partie médiane du bord libre de la lèvre supérieure tombant dans la narine, contournant ensuite l'aile du nez, et remontant parallèlement à l'axe de la face jusqu'à une ligne ou deux au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Ce procédé donne un vaste lambeau quadrangulaire à base supérieure.

5° *Procédé d'Heyfelder ou de Dieffenbach.* — Incision longitudinale immédiatement en dehors du nez, tombant sur la lèvre supérieure. Son traducteur Beckel y a ajouté une incision horizontale le long du bord orbitaire. On tient de cette façon un vaste lambeau quadrangulaire que l'on peut renverser sur la région externe.

6° *Procédé de Chassaignac.* — Cette incision oculaire appartient du reste à Chassaignac.

Ce procédé a pour but de ménager les filets du facial, mais il a le défaut de faire supporter le lambeau par la paupière inférieure.

7° *Procéde de Langenbeck.* — Incision courbe à convexité inférieure partant du grand angle de l'œil, descendant jus-

qu'au niveau de l'aile du nez et remontant vers l'os molaire, mais sans toucher le bord rouge de la lèvre.

8° Dans les *procédés à lambeaux.* —Nous voyons encore Malgaigne, ajouter une deuxième incision à celle de Velpeau, partant de la lèvre et aboutissant dans la narine du côté malade.— *Liston* faisait une première incision étendue de l'apophyse orbitaire externe du frontal à l'angle des lèvres, il en pratiquait ensuite une seconde en ligne brisée longeant l'os zygomatique arrivant sur l'apophyse montante du maxillaire supérieure, séparant le cartilage de l'aile du nez de l'os et divisant la lèvre sur la ligne médiane.

9° *Nélaton*, — limitait son lambeau à l'aide d'une incision qui commençait par diviser verticalement la lèvre supérieure à côté de la ligne médiane, contournant l'aile du nez, puis décrivant une courbe concave en bas, venait rejoindre le sillon oculo-palpébral à l'union du tiers interne avec le terme moyen; elle longeait ce sillon jusqu'à un peu au-delà de sa portion médiane et s'arrêtait à ce niveau.

10° *Procédé de Fergusson, Maisonneuve et Bauchet.* — Ils pratiquaient l'incision latérale interne en ligne brisée et faisaient en outre une incision transversale qui, partant de l'extrémité supérieure de la première, suivait le bord adhérent de la paupière inférieure.

Il nous serait facile de multiplier encore cette énumération ; qu'il nous suffise d'avoir énuméré les principaux procédés. Donnons maintenant quelques indications sur la manière dont se pratique la section de l'os.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, le maxillaire n'est fixé au squelette que par trois points ou sutures, qu'il est facile de diviser (v. le chap. Anatomie). On pourrait y ajou-

ter la suture avec l'apophyse pterygoïde du sphénoïde, mais le moindre effort suffit pour rompre cet obstacle ; elle ne nous arrêtera donc pas. Lorsqu'il est nécessaire d'enlever en même temps que le maxillaire, l'os de la pommette, l'opération ne devient pas beaucoup plus difficile ; il suffit de disséquer les tissus un peu plus loin en haut et en dehors, et de faire porter la section qui réunit l'angle externe du coronal à l'os malaire (v. l'observat. de Maisonneuve). Et ces trois points de jonction séparés, il est facile d'abaisser l'os et d'en achever l'extirpation.

Pour pratiquer cette section, quelques chirurgiens emploient la scie à chaîne ; Gensoul se servait de la gouge et du maillet. M. le professeur Paulet l'a employé dans l'observation que nous relatons ; Lisfranc, les pinces incisives de Colombat, c'est de cet instrument que s'est servi, avec autant d'habileté que de succès, M. Ch. Hardy, pour le cas qui nous a inspiré ce travail. On a reproché au maillet de produire trop d'ébranlement ; M. Ollier, en parlant de la résection sous-périostée de l'os, combat cette manière de voir. Lisfranc nous rapporte, d'autre part, l'embarras d'un jeune opérateur qui avait voulu se servir de la scie à chaîne, instrument commode mais fragile, et qu'un mouvement intempestif du malade peut fausser, ou même rompre pendant son application. Il est donc, selon nous, infiniment préférable d'employer des pinces incisives comme le faisait Lisfranc, comme nous l'avons vu faire, disons-nous, par M. Ch. Hardy. On obtient, en effet, avec les pinces de Liston modifiées, une section nette, sans éclat, et il est bien peu d'os qui puissent résister à leur puissante action.

Elles ont, en outre, l'avantage de ne pas broyer les tissus, de produire un ébranlement beaucoup moindre, et d'abréger de beaucoup la durée de l'opération.

Le dernier temps de l'opération, l'abaissement de l'os, se fait

très-facilement. et le dernier temps de Gensoul, consistant à enfoncer le ciseau au fond de l'orbite pour faire basculer l'os, n'est pas indispensable. En saisissant le maxillaire avec un fort davier à résection, comme celui que signale M. Ch. Hardy dans son observation par exemple, et en exerçant une pression de haut en bas que l'on combine avec un mouvement de traction d'arrière en avant, on achève facilement l'extirpation.

L'hémorrhagie n'est jamais grave, ainsi que le fait remarquer O. Heyfelder. Et de même que M. C. Bertier, dans l'excellente thèse duquel nous avons puisé de nombreux et utiles renseignements, nous croyons, contrairement à l'opinion de Lisfranc, qu'il est bon de toujours faire la réunion.

A quelle méthode doit-on donner la préférence, quelles doivent être les incisions

Dubreuil (méd. opér. p. 297) dit : « un bon procédé de division des parties molles pour enlever le maxillaire supérieur, doit autant que possible remplir les 3 conditions suivantes :

1° Donner assez de jour pour que la résection puisse se faire facilement ; 2° ne diviser ni le canal de Sténon, ni les branches importantes du facial ; 3° laisser une cicatrice la moins difforme possible. »

Or, Dubreuil ajoute que les procédés à une seule incision ne donnent pas assez de jour ; que les procédés à lambeaux dans lesquels on pratique une incision, commençant à la commissure et se portant ensuite en haut et en dehors, laissent une cicatrice apparente et qui plus est, entrainent la section sinon du canal de Sténon, tout au moins de nombreuses branches du facial. Les procédés les meilleurs sont ceux dans lesquels à l'incision principale placée en dedans, on ajoute une incision supérieure, comme dans les modes opératoires préconisés par Dieffenbach, Fergusson et Nélaton, où une incision inférieure partant de la commissure, pour

se diriger en bas et en dehors dans la direction des fibres du facial, ainsi que l'a fait Heylen d'Hérentals. Toutefois ce dernier procédé donne moins de facilité que les précédents pour le reste de l'opération.

Nous nous rangerons à l'avis de Malgaigne, et nous dirons que le procédé opératoire le meilleur sur le cadavre est quelquefois loin d'être applicable sur le malade; le choix du procédé devra varier suivant les cas particuliers, suivant le siège de la tumeur, son volume, l'intégrité plus ou moins complète des téguments; on devra toujours chercher à pratiquer l'incision sur des téguments parfaitement sains, si on veut obtenir une réunion immédiate et employer le procédé et les instruments qui permettront d'abréger le plus possible la durée de l'opération.

Pour terminer ce chapitre, nous ferons une recommandation qui se rapporte au diagnostic et au traitement non seulement du cancer, mais encore des tumeurs du maxillaire en général. Il ne faut pas oublier que des tumeurs liquides de cet os, ont été méconnues en raison de l'épaississement des parois de la cavité kystique, d'ou le principe avant de recourir à l'opération, de faire une ponction exploratrice avec le scalpel ou un gros trocart dans l'épaisseur de la tumeur.

Si l'opération doit être faite, cette manœuvre sera sans inconvénients, et de plus permettra d'éviter une fâcheuse erreur, si la tumeur malgré toutes les apparences d'une production cancéreuse, ne contient qu'un liquide séreux ou purulent.

Nous aurons terminé lorsque nous aurons démontré par des chiffres, que l'ablation du maxillaire supérieur, en tant qu'opération, est moins meurtrière que la plupart des autres opérations.

C'est d'abord Sédillot qui dit, dans les mém. de la Soc. de Chirurgie, t. III, p. 534 : « Les personnes peu familiarisées

avec le spectacle de ces effrayantes mutilations sont disposées, au premier moment, à accuser la chirurgie de témérité, mais les résultats viennent bientôt modifier cette fâcheuse impression. »

C'est ensuite le Dr Parise qui présente à l'Académie de Médecine, en 1859, un malade auquel il a pratiqué l'*ablation* des *deux maxillaires supérieurs* pour une *tumeur cancéreuse*. Ce malade, parle, *boit*, mange et se porte très-bien.

Les statistiques ! Heyfelder, qui a réuni 84 cas, donne 65 0[0 de succès.

Sédillot n'a perdu *aucun* de ses malades.

Les statistiques de Gensoul sont fort belles, mais comme il ne nous est pas facile de donner ici le chiffre précis, nous devons nous borner à donner celles que nous connaissons.

Selon une communication de M. Trélat, à l'Académie, 121 résections des maxillaires, soit supérieurs soit inférieurs, nous donnent 49 morts, soit 40,4 0[0. Dans un certain nombre de ces opérations, le maxillaire amputé n'est pas indiqué.

Dans 35 cas ce fut le maxillaire supérieur, ces 35 cas fournissent 11 morts, soit 31, 4 0[0.

M. U. Trélat fait, en outre, remarquer que dans les autres elle oscille entre 11, 7 0[0 et 30 0[0, « de sorte, qu'en éliminant du relevé général, les chiffres dont j'ai parlé, dit-il, soit 30 morts sur 53 opérés, soit 24, 5 0[0 de mortalité !

Toutes ces statistiques ne portent que sur les opérations faites dans les hopitaux, et chacun sait que les opérations pratiquées en ville, donnent toujours des résultats plus satisfaisants que les précédentes.

La Gazette hebdomadaire (12 avril, 1867, n° 15), donne le résumé de 20 cas de résections de la mâchoire supérieure, pratiqués de 1862 à 1864 à la clinique chirurgicale du pro-professeur Hueter. Il compte 14 guérisons et 6 morts, soit

16, 76 0[0 de mortalité. Cette dernière statistique est beaucoup plus importante, selon nous, que les précédentes, puisqu'elle repose sur la pratique d'un seul chirurgien.

Nous donnerons pour cette raison celle du professeur Desgranges, de Montpellier, 18 opérations :

7 femmes : 4 guérisons, 3 morts.
11 hommes : 7 guérisons, 4 morts.

d'ou 7 morts et 11 guérisons, soit 61 0[0 de guérisons.

Cette statistique nous fait également voir 11 tumeurs à gauche, 6 à droite. L'âge a varié entre 25 et 65 ans. Les complications qui ont entraîné la mort sont :

Pneumonie	2
Pleurésie	1
Bronchite	1
Adynamie	3
	7

On le voit par ces malades, pas un n'est mort de complication cérébrale, ce qui donnerait quelque fondement à l'assertion de Gensoul, qui disait à ceux qui le suivaient : « La face est un département qui n'envoie pas de députés au cerveau. »

Cette dernière statistique est tirée de la thèse de M. Bertier.

Résumons :

	Nombre de cas.	Guérison.	Mort.	Mortalité
Hueter,	20	14	16	17.76 0[0.
Trélat,	35	24	11	31.40 0[0.
Trélat (ailleurs),	53	40	13	24.50 0[0.
Desgranges,	18	11	7	39 0[0.

Ce qui nous donne une moyenne générale pour la mortalité, dans la résection du maxillaire supérieur de 27, 91 0[0.

Nous plaçons ici le récit d'une opération pratiquée par

Maisonneuve, et destinée à donner une idée de ce que peut la médecine opératoire, et de l'étendue des mutilations auxquelles un malade peut résister.

Obs. — Cancer de la face. Ablation de l'œil, de l'os maxillaire supérieur, de la moitié du nez et de la totalité des parties molles de la joue correspondante. Guérison.

Auguste F....., âgé de 42 ans, tisseur, entra le 23 avril 1856 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve ; il était affecté d'un cancroïde végétant, qui avait envahi l'os maxillaire supérieur droit, l'œil du même côté ainsi que toutes les parties molles de la joue correspondante. Il résultait de cette dégénérescence une tumeur volumineuse qui occupait la presque totalité du côté droit de la face. Malgré la profondeur et l'étendue de la maladie, M. Maisonneuve ne crut pas impossible de tenter une opération qui fut en effet pratiquée le 28 avril.

Le malade étant soumis au chloroforme, Maisonneuve cerna toute la base de la tumeur par une longue incision courbe, qui, partant de la région frontale descendait sur le dos du nez, puis se prolongeant horizontalement jusqu'auprès de l'oreille, elle remonta sur l'os de la pommette et regagna son point de départ, en circonscrivant le bord supérieur de l'orbite ; après quelques ligatures jetées sur les artérioles qui donnaient du sang, l'opérateur divisa avec la scie à chaîne, la voûte palatine et l'os de la pommette, coupa les os du nez avec la pince incisive, détacha le voile du palais et enleva d'un seul bloc l'*os maxillaire supérieur, l'œil, la moitié droite du nez et la joue* correspondante.

Après cette énorme mutilation il n'était pas possible de penser à une restauration autoplastique, aussi, Maisonneuve se borna-t-il à un pansement simple avec de la charpie.

La fièvre traumatique se développa sans intensité excessive, la suppuration s'établit franchement, et la cicatrisation suivit une marche régulière. Il restait toutefois un énorme hiatus par lequel la langue, le voile du palais, le pharynx étaient à découvert. Maisonneuve ne songea même pas à tenter une réparation autoplastique. Il s'adressa à M. Charrière qui, par une prothèse ingénieuse, reconstruisit un visage complet en remplaçant les paupières, l'œil, la joue, le nez et la voûte palatine.

Le malade, sorti de l'hôpital le 14 juillet, parle avec une netteté parfaite,

et grâce à son visage artificiel se promène dans les rues et se mêle à la foule sans que rien attire sur lui l'attention. — (*Gaz. des hôpitaux* 1856, p. 366).

Cette observation ne fait-elle pas songer à l'invalide à tête de bois, d'esbaudissante mémoire ?...

Nous terminerons, par quelques considérations, sur les caustiques auxquels nous avons attribué, dans le cours de cet ouvrage, une grande importance comme adjuvants à l'opération.

Nous avons vu Garengeot préconiser et recommander vivement l'emploi du fer rouge, soit comme moyen curatif, soit pour détruire les récidives. Cette cautérisation fut longtemps la seule employée, mais elle est d'un emploi difficile dans certaine régions (telles que la bouche, le sinus, etc.), on a donc dû expérimenter divers caustiques, qui ont été tour à tour recommandés et abandonnés.

Pour notre part nous donnons la préférence au chlorure de zinc, soit en solution concentrée, soit sous la forme de flèches de Canquoin, non-seulement à cause de sa vertu, caustique, mais surtout à cause de ses propriétés hygrométriques.

Le chlorure de zinc, en effet, non-seulement produit une cautérisation satisfaisante, mais encore jouit de propriétés escharifiantes et momifiantes. C'est le plus employé actuellement.

Et nous connaissons l'opinion, à ce sujet, du professeur de Lyon : « mon caustique va chercher les racines du cancer jusque dans la profondeur des tissus. »

Nous signalerons aussi pour mémoire le galvano-cautère qui a déjà donné de si bons résultats dans maintes occasions, mais que nous n'avons pas été à même de voir appliquer à la maladie qui nous occupe.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31

1

2

Dr Ch. Louis, del. Imp Becquet Paris p.v.

1_Tumeur squirrheuse, opérée par Mr le Professeur Paulet *(Obs. N° 2)*

2_Tumeur à Myéloplaxes, opérée par Mr le Dr Ch. Hardy *(Obs N° 1)*

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.